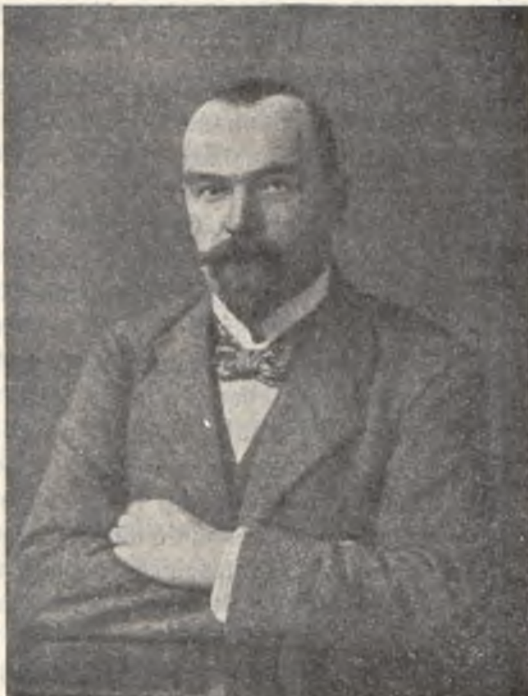
TOM VI. 1929 r. ZESZYT 4.

POLSKI PRZEGLĄD
OTO-LARYNGOLOGICZNY



S. p. Dr. med. Tadeusz Dembiński.

(*Wspomnienie pośmiertne, wygłoszone na X-tem posiedzeniu P. T-wa Otolar. sekcji pozn.-pom. w dniu 31. III. b. r.*).

Szanowni Koledzy! Dzień 26-go marca zapisał się niezatartemi głoskami w dziejach naszego zrzeszenia jako dzień ciężkiej żałoby, w którym zamknął swoje dobre i zacne oczy jeden z najzasłużeńszych i najstarszych naszych członków, ś. p. Dr. *T. Dembiński*,

założyciel i prezes Polskiego Towarzystwa Otolaryngologicznego sekcji poznańsko-pomorskiej. Wieść o tym nagłym Jego zgonie godzi tem boleśniej w serca nasze, iż byliśmy o tem przekonani, że *euphorja* ten anioł pocieszyciel, który krzepi na duchu chorych w ciężkich i beznadziejnych nieraz zmaganiach się z losem, Jemu właśnie odmówiła swoich ożywczych promyków nadzieji. Świadom swej ciężkiej i postępującej choroby sercowej już od kilku lat zmuszony był za radą lekarzy znacznie ograniczyć swoją praktykę specjalistyczną i rozległą działalność na niwie społecznej. Mimo to jednak pracował do ostatniej chwili, aż zrządzeniem nieubłaganego losu przestało bić Jego dobre i szlachetne serce.

Ś. p. Dr. Tadeusz Dembiński (urodzony w r. 1865-tym w kościańskiem) pochodził z rodziny ziemiańskiej, oddanej gorąco pracy społecznej nad podniesieniem ducha narodowego i ratowaniem polskiej placówki przed zalewem germanizmu. Ojciec, wychowany w twardej szkole żołnierskiej generała Chłapowskiego wpoił w swego syna już od wczesnej młodości tę nieugiętość charakteru i moc ducha, które tak wartościowemi były Jego zaletami. Z drugiej znów strony każdy, kto miał możność zetknąć się z ś. p. Dembińskim, był szczerze ujęty Jego łagodnością i życzliwością w stosunku do kolegów i chorych. Przejęty wznosłemi zasadami domu rodzinnego zaznacza swoją działalność patrjotyczną już jako młody gimnazjasta w Ostrowie, a potem w Gnieźnie, stając na czele ruchu narodowościowego młodzieży. Po maturze śpieszy najpierw do Krakowa, by tu pokrzepić ducha narodowego i nabrać nowych idei do dalszej pracy społecznej, którą ujawnia w całej pełni w organizacjach polskiej młodzieży akademickiej, studjującej we Wrocławiu. Studja lekarskie tam rozpoczęte kończy w Lipsku, gdzie w r. 1892 uzyskuje stopień Doktora medycyny. W tymsamym roku przenosi się do śląskiego Opola, by tu wraz z innymi lekarzami dopomagać braciom ślązakom w ciężkiem i krwawem zmaganiu się z ciemiężcą. Mimo ciężkiej ideowej pracy społecznej znajduje czas na pogłębienie wiedzy fachowej i specjalizację. Miesiące wakacyjne spędza we Wrocławiu, gdzie pracuje najpierw jako wolontarjusz w klinice ocznej prof. Kohna, a równocześnie kształci się w otolaryngologji u Kümmela. Następnie wyjeżdża kolejno do klinik otolaryngologicznych w Monachjum, Berlinie i Wiedniu. W Wiedniu przebywa czas dłuższy u Politzera, Grubera i Störka.

Wyrazem fachowego przygotowania z zakresu naszej specjalności była praca, którą ś. p. Zmarły ogłosił już w r. 1893-cim

w Nowinach lekarskich o 4 przypadkach rozsianych brodawczaków krtani i jednym przypadku dużego polipa krtaniowego, operowanych drogą laryngofissury. Publikacja ta była w owe czasy ważnym przyczynkiem w naszem piśmiennictwie naukowem i stanowiła zarazem uzupełnienie przypadków leczenia zwężeń krtani przez pośrodkowe jej rozcięcie, ogłoszonych w tymże samym roku przez Pieniążka z Krakowa. W r. 1900 przenosi się do Poznania, obejmując praktykę specjalistyczną po D-rze Koehlerze. Gruntownie wyszkolony specjalista mógł śmiało wytrzymać konkurencję osiadłych tu specjalistów Niemców. Z niesłabnącym zapałem i zdwojoną energją staje do pracy lekarsko-społecznej w ciężkich podówczas zmaganiach się z naporem germanizacji na ziemiach b. zaboru pruskiego.

Widząc w T-wie Przyjaciół Nauk tę jedyną na owe czasy ostoję polskiej kultury i piśmiennictwa, początkowo jako długoletni jego sekretarz, a później prezes oddaje całą swą duszę idei podniesienia i krzewienia polskiej nauki. Inna znów część Jego pracy społecznej polegała na popieraniu T-wa Czytelni Ludowych, a następnie na organizacji kolonji wakacyjnych Stelli w myśl zasad wychowania fizycznego, podanych przez Jordana. W r. 1918-tym po upadku Niemiec staje jako jeden z pierwszych założycieli Związku Lekarzy Polskich Ziem Zachodnich w szeregach tych organizatorów, którzy mieli przygotować grunt dla polskiej administracji sanitarnej przy Naczelnej Radzie Ludowej.

Ś. p. Dembiński zdawał się być niewyczerpanym w pracy społeczno-lekarskiej i organizacyjnej na terenie oswobodzonej Ojczyzny. Oprócz bowiem licznych zajęć związanych ze stanowiskiem prezesa Wydziału Lekarskiego T-wa Przyjaciół Nauk brał czynny udział w zarządzie powszechnych wykładów uniwersyteckich, w urzędzie zdrowia publicznego przy ministerstwie b. dzielnicy pruskiej. Współdziała w utworzeniu 1-szych kursów dokształcających dla medyków i pracy organizacyjnej Izby Lekarskiej poznańsko-pomorskiej. Nie doceniłby zasług tego wyjątkowego człowieka ten, ktoby nie wspomniał o Jego działalności lekarskiej jako specjaliście chorób gardła nosa i uszu na gruncie poznańskim. Dzięki umiejętności trafnego spostrzegania i analizowania faktów, wielkiej sumienności i przysłowiowej wprost obowiązkowości względem chorych zdołał już w krótkim czasie pozyskać całe zastępy wdzięcznych pacjentów, a sława Jego imienia rozchodzi się szeroko poza mury przemysławowego grodu. Jest konsulentem stałym szpitala miejskiego, szpitala św. Józefa, Djakonisek, Elżbietanek, Kas chorych i t. p.

Z tych też warsztatów pracy pochodzą cenne przyczynki z zakresu Otolaryngologji, któremi wzbogacał nasze piśmiennictwo. W r. 1926-tym zakłada oddział Polskiego T-wa Otolaryngologicznego jako sekcję poznańsko-pomorską, której był dozgonnym prezesem. Ten ogrom pracy musiał w końcu odbić się niekorzystnie na Jego zdrowiu i życiu. Ze ś. p. Dembińskim schodzi do grobu postać o wybitnej indywidualności na polu pracy lekarsko-społecznej i organizacyjnej w czasach ciężkiej naszej niewoli i pierwszych lat niepodległości, człowiek o kryształowym charakterze i szlachetnem sercu. Odszedłeś od nas zacny nasz Kolego Prezesie lecz, nie całkiem, bo żyjesz i żyć będziesz w sercach naszych niezatartem wspomnieniem jako ten, który zrósł się niepodzielnie z naszem zrzeszeniem i dziejami tej prastarej piastowskiej ziemi.

A. Laskiewicz.

POLSKI PRZEGLĄD OTO-LARYNGOLOGICZNY

Z Kliniki Otolaryngologicznej U. S. B. w Wilnie.
Kierownik Prof. *Jan Szmurło.*

Dr. med. TADEUSZ WĄSOWSKI
st. asyst. Kliniki.

Proteino i Wakcynoterapja w Otolaryngologji.

Referat wygłoszony w Sekcji Otolaryng. XIII Zjazdu Polskich Przyrodników i Lekarzy w Wilnie.

Z działem proteino i wakcynoterapji nierozerwalnie związane jest pojęcie o odporności ustroju; nie wdając się w szczegółowe omawianie tego zjawiska z punktu widzenia bakterjologji, uważam za właściwe poświęcić mu kilka uwag o tyle, ile nakreślony mi temat będzie tego wymagał.

Tak dawno, jak tylko może sięgnąć pamięć historji, spotkać się można ze śladami szczepień i pojęciem odporności. Dzikie plemiona Afryki wschodniej broniły się przed śmiercionośnem ukąszeniem węży zakładając do nacięć skóry rąk i nóg miazgę zawierającą jad swoisty. W Chinach, gdzie oddawna znaną była ospa, uodporniano się przeciwko tej chorobie przez wkładanie do nozdrzy jak również na zadraśnięcia skóry strupów chorych na ospę. Naukowe jednak ujęcie spraw odporności przyszło dopiero z końcem ubiegłego stulecia dzięki pracom tak wybitnych umysłów jak Pasteur, Miecznikow, Erhlich, Behring. Pasteur pierwszy wprowadził w życie myśl przekształcenia zarazków czynnych chorobotwórczych w bierne, a nawet „dobroczynne". Zasadniczą podstawą nauki o odporności zostaje uznane prawo swoistości, polegające na ścisłym związku antygenu i przeciwciała: dany antygen wprowadzony do ustroju wywołuje powstanie w cieczy jego pewnych określonych przeciwciał nastawionych wyłącznie na ten antygen. Na tej zasadzie opiera się

wakcynacja, wakcynoterapja i seroterapja. Podczas wakcynacji i wakcynoterapji osiągamy odporność czynną, gdyż wprowadzając do ustroju pewne bodźce zmuszamy komórki i tkanki jego do czynnej pracy w celu wytworzenia odpowiednich swoistych przeciwciał. Dzięki seroterapji ustrój otrzymuje gotowe ciała ochronne, i tą drogą wywołana odporność będzie bierną.

Zasada swoistości, jaka łączy antygen i przeciwciało, posłużyła za punkt wyjścia dla autowakcynoterapji, która posługuje się szczepionkami indywidualnemi, przyrządzonemi z hodowli tego chorego, któremu to leczenie ma być stosowane. Stopniowo jednak doświadczenie życiowe z jednej strony, badania w pracowniach bakterjologicznych i serologicznych z drugiej wykazały, że w całym szeregu przypadków można posługiwać się nie tylko szczepionką indywidualną, lecz również szczepionkami przyrządzonemi z takich samych drobnoustrojów, lecz pobranych od innych chorych. Tą drogą powstają heterowakcyny. Stwierdzono poza tem, że wyniki leczenia będą lepsze, jeśli szczepionkę przyrządzimy nie z jednego szczepu danego zarazka, a z kilku, nawet kilkudziesięciu. Taka szczepionka zowie się wielowartościową.

Zauważono ponadto, że niektóre choroby zakaźne, np. róża, działają leczniczo na inne cierpienia ustroju. Znane są fakty dodatniego wpływu róży na leczenie wilka, twardzieli (*Lubliner*). Stwierdzono poza tem, że białko wprowadzone parenteralnie do ustroju jest w stanie podnieść wartość obronną jego przeciwko chorobom zakaźnym. Zjawisko to starano się objaśnić tem, że białko obce wprowadzone do ustroju podnieca protoplazmę komórek, aktywizuje ją (*Weichardt*). Jedni uważają, że wszystkie komórki ustroju biorą w tem zjawisku udział, inni przypisują główną rolę pobudzeniu komórek ogniska zapalnego, gdyż te są najbardziej podatne na takie podrażnienie. (*Bier*). Zdaniem wreszcie *Widala* i jego szkoły dodatnie działanie obcego białka na ustrój opiera się na zjawisku wstrząsu koloidowego, który przez niszczenie drobnoustrojów wywołuje pomyślny wpływ na przebieg cierpienia. Powstaje nauka o proteinoterapji lub Reiztherapie w określeniu niemieckich autorów.

Jakie zmiany zachodzą w ustroju po wprowadzeniu pozajelitowem białka? Możemy je podzielić na zmiany ogniskowe i ogólne. Ponieważ według *Biera* komórki ogniska zapalnego żywiej reagują na nowe podrażnienia, przeto pozajelitowe wprowadzenie białka do chorego ustroju najpierw i najbardziej winno się odbić na ognisku chorobowem. Tak się sprawa przedstawia w rzeczywistości. Naj-

pierw zauważyć możemy zaostrzenie procesu chorobowego miejscowego, a dopiero po pewnym krótszym lub dłuższym okresie czasu występuje tendencja obronna zdążająca do opanowania i wygojenia ogniska chorobowego. Zjawisko to, zwane odczynem ogniskowym, nie zawsze bywa jednakowego natężenia, czasem przebiega tak niewidocznie, iż może być łatwo przeoczone. Wpływ proteinoterapji na stan ogólny ustroju wyraża się w zmianach, które dotyczą głównie ciepłoty ciała, wzmożenia przemiany materji, zaburzeń we krwi. Zależnie od jakości i ilości wprowadzonego białka, od samego sposobu wprowadzenia, wreszcie od charakteru cierpienia i własności konstytucyjnych ustroju podniesienia ciepłoty bywają rozmaite. Śródmięśniowe wprowadzenie mleka, szczepionki buljonowej *Delbeta* wywołuje po upływie kilku godzin znaczne podniesienie ciepłoty, trwające zwykle kilkanaście godzin, rzadko dobę. Dożylne wprowadzanie szczepionek daje zwykle szybszą i burzliwszą reakcję. Pod wpływem protein daje się zauważyć wzmożona czynność narządów wydzielniczych, zwiększa sią we krwi zawartość cukru, wzmaga się proces utleniania (*Rencki*), zjawia się diureza, ogólna dobowa kwaśność moczu wzrasta (*Sochański*), zwiększa się wydzielanie mleka, pobudza się czynność gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem. We krwi daje się zauważyć w parę godzin po wprowadzeniu pozajelitowem białka leukopenja, poczem w miarę wzrastania ciepłoty ciała wzrasta liczba białych ciałek, głównie obojętnochłonnych. Liczba eozynochłonnych w tym czasie zwykle maleje, by wzrosnąć, niekiedy znacznie, po spadku ciepłoty. W formule leukocytowej daje się zauważyć znaczne przesunięcie jąder w lewo, zależne od twórczego podrażnienia szpiku kostnego. (*Rencki*). Ilość płytek Bizzozero zwykle wzrasta, wzrasta również ilość fibrinogenu i trombiny, co tłumaczy nam wzmożenie krzepliwości krwi — zjawisko stale spostrzegane w proteinoterapji.

Pod wpływem podniet proteinowych wzmaga się w ustroju w przebiegu chorób zakaźnych ilość przeciwciał, głównie aglutynin, jak wykazały badania *Weichardta i Schredera.*

Z przetworów białkowych, które obecnie stosujemy w proteinoterapji, należy wskazać na: mleko wyjałowione, lub rozmaite jego preparaty jak caseosan (5% roztwór kazeiny), aolan (mleko odtłuszczone), krew chorego pobrana z żyły, rozmaite produkty białkowe, jak pepton, deuteroalbumina Mercka, i inne, produkty białkowe samego chorego, jak surowica, ropa, plwocina, wysięk opłucnowy, płyn mózgowo-rdzeniowy etc.

Dla uzyskania czynnego uodpornienia ustroju używamy: 1) drobnoustrojów żywych sztucznie osłabionych, 2) drobnoustrojów zabitych, 3) wyciągów z bakteryj, 4) produktów przemiany materji hodowli bakteryjnych. Drogą uodpornienia czynnego powstaje w surowicy krwi ustroju cały szereg ciał ochronnych jak antitoksyny, bakterjo i cytolizyny, aglutyniny, opsoniny, bakterjotropiny i precipityny. Oprócz tej czysto humoralnej odporności otrzymujemy jeszcze tak zwaną odporność tkankową, odgrywającą np. ogromną rolę w gruźlicy.

W uodpornieniu biernem, które osiągamy za pomocą surowic, spotykamy się jak np. w błonicy z procesem leczniczym działającym przeciwko toksynom, — są to surowice antytoksyczne; w niektórych jednak cierpieniach surowica wpływa zabójczo wprost na drobnoustroje, rozpuszczając je; taka surowica zowie się bakterjolityczną; ma ona prócz tego własności związywania wydzielających się z drobnoustrojów endotoksyn, jest antiendotoksyczną. Przykładem może służyć surowica przeciwmeningokokowa.

W ostatnich czasach poglądy nie tyle na istotę odporności, ile na warunki, sprzyjające jej powstawaniu, zmieniły się dzięki pracom *Besredki*. Zdaniem jego wrażliwość ustroju na pewne zarazki zależy od wrażliwości komórek skóry i błon śluzowych. Są to „umiejscowione fagocyty", posiadające specjalne powinowactwo z pewnemi gatunkami drobnoustrojów. Wobec tego odporność czynna ustroju polegać ma na przyzwyczajaniu wrażliwych komórek, które przestają potem być wrażliwemi, na nowe wtargnięcie bakteryj. Dotychczas uważano, że nabyta odporność zależy od przeciwciał. *Besredka* jednak ogranicza ich rolę do minimum. Wszystkie zjawiska odporności są, według niego, wynikiem odczynu powstałego wskutek działania na wrażliwe komórki rozpuszczalnego wytworu samych drobnoustrojów, czyli *antivirusa*. Po zastosowaniu szczepionki nie ciała bakteryj wchodzą w bezpośrednią styczność z komórkami wrażliwemi, a *antivirus*, czyli przeistoczony przy współudziale leukocytów krwi *virus*. Wskutek powinowactwa z odnośnemi wrażliwemi komórkami zostaje on przez nie pochłonięty. Po pewnym czasie następuje moment przesycania komórek, *antivirus* wówczas przestaje na nie działać i pozostaje w krwi. Jeśli w danym momencie istnieje w ustroju pewne ognisko zakaźne, *antivirus* wówczas spełnia dwojaką rolę: zatrzymuje rozmnażanie się drobnoustrojów w komórkach ogniska, komórki zaś zdrowe dookoła uodparnia i czyni niewrażliwemi na dany zarazek. W ten sposób ognisko chorobowe coraz

bardziej się osłabia i wreszcze ginie. Widzimy więc, że według *Besredki*, wakcynoterapja ma na celu uodpornienie wrażliwych, a zdrowych komórek w sąsiedztwie ogniska chorobowego, a przez to ograniczenie samego ogniska.

Leczenie za pomocą *antivirusa* znajduje w medycynie szerokie zastosowanie. Stosujemy go zwykle w formie okładów z przesączu bakteryj, kropel lub maści; wywołuje to miejscową leukocytozę, ogranicza ognisko zakaźne, uodparnia komórki sąsiednie. Z zalet wakcynacji metodą *Besredki* wskazać możemy na następujące: przesącz stosuje się bezpośrednio na ognisko chorobowe, a nie wywołując zjawisk pobocznych, nie wymaga ścisłego dawkowania *antivirusa*. Wadą i dość poważną tego sposobu leczenia — jest to, że przyrządzenie odpowiedniego *antivirusa* wymaga dużo czasu, więc w przypadkach ostrych musimy dla braku czasu posługiwać się przesączem obcych hodowli.

Omówiliśmy pokrótce zasady proteino i wakcynoterapji. Pragnąc poruszyć sprawę zastosowania metody leczniczej w otorhynolaryngologji, musimy kolejno omówić jej znaczenie w cierpieniach nosa, gardła i krtani, oraz uszu.

A. Cierpienia nosa.

Dość często spotykane a niebezpieczne cierpienie, jakiem jest wrzodzianka wejścia nosowego, poddaje się niekiedy dobrze terapji proteinowej lub swoistej. Ponieważ jednak w tych przypadkach zwykle czas nagli, przyrządzenie zaś autowakcyny nie może być dokonane przed upływem kilku dni, przeto uciekamy się wtedy do heterowakcyny, najczęściej do mięszanki Delbeta (Propidon Spiessa), zastrzykując ją do mięśniowo w ilości od 1—4 ctm^3. Propidon jest szczepionką mięszaną i zawiera w 1 ctm^3 430 miljon. paciorkowców, 830 milj. gronkowców, 2 miljardy prątków błękitno-ropnych. Po zastrzyknięciu propidonu występuje po kilku godzinach dość silny odczyn ogólny, a w przypadkach pomyślnych na drugi dzień ciepłota spada, objawy miejscowe ulegają znacznej poprawie. O dobrych wynikach takiego leczenia mieszanką Delbeta wspominają *Baldenweck*, *Batawia*. Niekiedy wystarcza jedno zastrzyknięcie, jednak w niektórych przypadkach musimy je powtórzyć raz lub parokrotnie w odstępach 3-dniowych. Ponieważ po propidonie mamy zwykle dość silny odczyn ogólny, przeto słusznem się wydaje, zdanie *Aubriota*, *Batawji*, że leczenie to należy stosować wyłącznie w przypadkach poważniejszych, w lżejszych natomiast zastosować inne

metody lecznicze. *Helsmoortel* stosował w przypadkach czyraków nosa z dobrym skutkiem szczepionkę miejscowo w formie okładów.

W ostrych nieżytach nosa, zwłaszcza pochodzenia streptokokowego, w róży śluzówki nosa, w rhinitis pseudomembranacea ogromne usługi oddaje nam proteino i wakcynoterapja. Podskórne lub domięśniowe zastrzyknięcie auto lub heterowakcyny, lub też mleka wyjałowionego przerywa czasem przebieg cierpienia odrazu.

Leczenia szczepionkami próbowano w rozmaitych cierpieniach nosa, lecz oczywiście nie zawsze otrzymane wyniki odpowiadały pokładanym w tej metodzie leczniczej nadziejom. Zupełnie zawiodły próby leczenia szczepionką, stosowaną miejscowo wdł. *Besredki*, przewlekłego przerostowego nieżytu nosa, (*Korsakow*). Pomyślne wyniki otrzymał ten autor w zanikowym nieżycie, stosując również miejscowo autowakcynę, zawierającą diplococcus mucosus. Po leczeniu zwykle występowało zaróżowienie śluzówki nosa, znikały strupy, powracał węch. Jeszcze bardziej zachęcająco wypadły mu próby leczenia szczepionką ozeny. Stosował on autofiltraty wdł. *Besredki* z diplococcus mucosus, zakładając zmoczone nim tampony do nosa na przeciąg 20 — 60 minut — do 2 godzin. Po leczeniu spostrzegał wzmożenie wydzieliny nosowej, strupy łatwiej odstawały, śluzówka stawała się różowszą; jednak objawy cierpienia szybko wracały po przerwaniu kuracji. Stosunkowo dobre wyniki autowakcynoterapji lokalnej w ozenie notuje *Simeoni*. W leczonych przez niego przypadkach w skład autowakcyny wchodziły koki, laseczki Lövenberg-Abela. Chorym zakładano do nosa sączki przepojone wakcyną, pozostawiając je tam na przeciąg godziny. Z 15 leczonych przypadków *Simeoni* notuje w 10 poprawę; całkowitego wyleczenia nie widział ani razu.

W r. 1927 na jednem z posiedzeń paryskich otolaryngologów *Doniol* demonstrował 3 przypadki ozeny leczonej z dobrym wynikiem za pomocą miejscowego stosowania autowakcyny. W jednym przypadku używano sączków zmoczonych przesączem—kuracja wynosiła 15 seansów; w dwóch innych prócz okładów wewnątrznosowych z przesączu stosowano jeszcze wakcynę sproszkowaną. Sposób przygotowania tej szczepionki jest następujący: przyrządzamy alkoholowo-eterową zawiesinę z hodowli zarazków, następnie przepajamy ją sproszkowaną laktozą i dodajemy wysuszonej żółci bydlęcej. Podczas mej pracy w szpitalu Lariboisière w Paryżu miałem możność dzięki uprzejmości Dr Caboche obserwować parę przypadków ozeny leczonej sproszkowaną autowakcyną, lecz wyniki nie były zachęca-

jące: kilka pierwszych wdmuchnięć wakcyny istotnie drażniło śluzówkę nosa, stawała się ona pulchniejszą, lecz zapach i strupy nie znikały, i chorzy prędko zniechęcili się do tego leczenia. Oczywiście, nie mając pod tym względem większego osobistego doświadczenia, nie mogę wypowiedzieć się przeciwko tej metodzie leczenia, zwłaszcza, że Dr Caboche i inni koledzy paryscy wspominali o spostrzeganej po tem leczeniu poprawie.

Daleko lepszemi wynikami dzielą się z nami ci autorowie, którzy stosowali w ozenie szczepionkę podskórnie. Jednym z pierwszych zwolenników tej metody był *Hofer*. Zapoczątkowana przez niego w r. 1913 wielowartościowa szczepionka Hofer - Kofler jest emulsją w roztworze fizjologicznym soli kuchennej 24 godzinnej hodowli agarowej prątków Pereza, zabitych przez ogrzewanie do 70°C. 1 ctm.^{3} szczepionki zawiera 100—500 miljon. bakteryj. W r. 1925 na jednem z posiedzeń Wiedeńskiego T-wa Rhino-Laryngologicznego *Hofer* ponownie demonstrował 9 przypadków ozeny leczonych tą szczepionką. Chorzy otrzymali przeciętnie od 30 do 40 zastrzyknięć szczepionki podskórnie. Otrzymane wyniki były bardzo dobre, gdyż zapach, strupy znikły, wydzielina stawała się bardziej wodnistą, śluzówka nosa różową, suche nieżyty gardła ustępowały, węch najczęściej powracał. Chorzy nie wymagali dalszego leczenia. Podobnie dobre wyniki od szczepionki Hofera-Koflera podają *Schnierer*, *Hütter*, *Portmann*, *Kordatowa*, mniej pomyślne—*Ferretti*, *Laskiewicz*. Co do trwałości wyleczenia lub poprawy, to podczas gdy Hofer podaje, że w wielu przypadkach stan poprawy trwa już kilka lat bez żadnego leczenia, *Jannuzzi*, *Laskiewicz* są mniej optymistyczni; stwierdzając poprawę ozeny po leczeniu szczepionką, uważają oni otrzymane wyniki za przemijające; *Laskiewicz* spostrzegał w leczonych przez siebie przypadkach ozeny już po kilku tygodniach nawroty objawów chorobowych. *Marschik* stosuje szczepionkę składającą się z trzech rodzajów zarazków: *Abel-Löwenberga*, *Frischa i Friedländera*, zastrzykując podskórnie 1 ctm^3 co tydzień. Z 37 przypadków leczonych tym sposobem — w 8 wybitna poprawa, w 26 poprawa mała, w 3 wyniku nie otrzymano.

Reasumując wszystko, cośmy powiedzieli o leczeniu ozeny szczepionką, musimy przeznaczyć tej metodzie leczenia należne jej wybitne miejsce w arsenale środków leczniczych, stosowanych w tem cierpieniu. Klinika Wileńska nie ma własnego doświadczenia co do tej metody leczniczej, gdyż zapoczątkowaliśmy inne leczenie ozeny, które nam dało wcale nie gorsze wyniki, wobec czego leczenia szczepionką nie przeprowadzaliśmy. W dwóch przypadkach własnych mia-

łem możność stosowania autowakcyny w ozenie. W jednym przypadku chodziło o gronkowiec, — zacząłem leczenie zastrzyknięciem 10 miljonów drobnoustrojów, końcowe dawki wynosiły 500 miljonów. Zastrzyki powtarzano co 4—5 dni, zależnie od reakcji ustroju, gdyż niekiedy występowały bóle głowy, małe wzniesienia ciepłoty, ogólne wyczerpanie. Najpierw dała się zauważyć wyraźna poprawa, zjawiła się płynna wydzielina, ustały przykre sensacje w nosie, strupy stały się mniej suche, mniej cuchnące, lecz ku końcowi leczenia objawy ozeny powróciły, i znów musiałem zastosować inne leczenie. W drugim przypadku wyhodowano również gronkowce i laseczkę pseudobłoniczą. Rozpoczęto kurację zastrzyknięciem 3 miljonów bakteryj, stosowano ją przez parę tygodni, lecz ponieważ wyników pozytywnych nie mieliśmy, zastrzyknięcia zaś sprawiały bardzo nerwowej chorej dużo przykrości, dalsza kuracja była przerwana.

Na klinice wileńskiej od r. 1925 stosujemy inną metodę leczniczą w ozenie, stojącą na pograniczu wakcynoterapji i proteinoterapji—leczenia domięśniowemi zastrzyknięciami krwi chorego, pobranej z żyły. Przy pierwszych próbach tego leczenia zastrzykiwaliśmy krew świeżo pobraną z żyły chorego w ilości 3 — 4 $cmt.^3$ pod śluzówkę lub ochrzęstną przegrody nosa, dna jego, małżowin dolnych. Zastrzyknięcia powtarzaliśmy co 5 — 6 dni. Szybko jednak przekonaliśmy się, że wcale nie gorsze wyniki możemy otrzymywać od zastrzyknięć domięśniowych do pośladka, powtarzanych również co 5—6 dni. Przeciwko zastrzyknięciom krwi pod śluzówkę nosa przemawiał poza tem fakt wystąpienia po tym zabiegu śmiertelnych powikłań wewnątrzczaszkowych, podany do piśmiennictwa przez klinikę Kümmela. Do chwili obecnej mam w obserwacji 27 przypadków ozeny, leczonych tą metodą. Z tej liczby kilka straciłem z obserwacji, większość jednak mam możność widywać od czasu do czasu i spostrzegać zachodzące zmiany. We wszystkich bez wyjątku przypadkach po 2—3 zastrzyknięciach krwi, w kilku już po pierwszem zastrzyknięciu, wydzielina nosa stawała się płynniejszą; u przeważającej większości chorych zauważyliśmy subjektywne znikanie przykrego zapachu, pomimo, iż objektywnie dość często zapach dawał się stwierdzić. Często powracał węch. Płókania nosa, które dawniej pozostawały bez żadnego wpływu na sprawę chorobową, po zastosowaniu autohemoterapji oczyszczają nos dokładnie, gdyż strupy jak gdyby łatwiej poddają się usuwaniu. W daleko posuniętej sprawie ozenowej oczywiście zanik śluzówki pozostaje bez zmian, w świeżych atoli przypadkach śluzówka często nabiera normalnego zabarwienia i soczystości.

Z liczby 27 przypadków tylko w 2-ch może być mowa o wyleczeniu i te przypadki uważam za wskazane omówić.

1. G. W. 19 lat, od kilku lat założony nos, brak węchu. Badanie nosa wykazuje: przewody szerokie, całkiem wypełnione cuchnącemi strupami i ropą; po zdjęciu ich widać śluzówkę suchą w stanie miernego zaniku. W jamie nosowo-gardłowej suche strupy; tylna ściana gardła sucha, pokryta ziarenkami. Śluzówka krtani suchawa, na tylnej ścianie nieco strupów. Rozpoznano ozenę. Najpierw zastosowano 4 zastrzyknięcia krwi pod śluzówkę nosa w odstępach siedmiodniowych. Badanie wykonane po dwóch miesiącach wykazało: zapachu brak, śluzówka nosa przedstawia się normalnie, na prawej środkowej muszli mały strup wilgotny; w jamie nosowo-gardłowej strupów brak, na tylnej ścianie gardła pozostały ziarenka, jednak śluzówka wilgotna, czerwona; krtań przedstawia się normalnie. Po pewnym czasie zauważono znów wysychanie i tworzenie się małych strupów w nosie. Zastosowano 2 serje zastrzyknięć domięśniowych krwi, każde po 6, z przerwą 3 miesięczną między serjami. Obecnie chora pozostaje przez 3 lata bez żadnego leczenia, lecz nawrotu choroby nie spostrzegamy.

2. K. S. 21 lat, od kilku lat stały katar nosa; od paru miesięcy stała duszność. Cera twarzy ziemista, chory często i powierzchownie oddycha. Nos: przewody szerokie, wypełnione całkowicie cuchnącemi strupami, po usunięciu których widać na zanikłej śluzówce gdzieniegdzie powierzchowne owrzodzenia. Małżowiny dolne i środkowe w stanie zupełnego zaniku. W gardle i jamie nosowo-gardłowej strupy pokrywają suchą całkiem śluzówkę. Krtań: zaczerwienienie wejścia do krtani i strun; pod strunami czarny suchy strup, wypełniający całą przestrzeń wejścia do tchawicy; po usunięciu strupa za pomocą energicznego płókania widać na ścianach tchawicy zaczerwienienie. Rozpoznano ozenę. Po uprzedniem bezowocnem leczeniu płókaniami, przystąpiono do autohemoterapji. Zastosowano 4 domięśniowe zastrzyknięcia krwi chorego w ilości 5 $ctm.^3$ co 7 dni. Już po drugiem zastrzyknięciu, strupy tchawicy stały się wilgotniejsze, łatwiej wykrztuszalne. Nos pozostał bez zmian. Od czerwca 1925 roku do końca 1927 r. choremu przeprowadzono 5 seryj zastrzyknięć po 4—6 każda, jak uprzednio. Badanie, przeprowadzone w końcu 1926 r. wykazało dużo zaschniętej wydzieliny na sklepieniu nosa. W krtani tworzenia się strupów nie zauważono. Stan z końcem 1927 r.: w nosie muszle dolne i środkowe w stanie zaniku, śluzówka suchawa, blada, na wolnym brzegu muszli środkowej

lewej mały suchy strup bez zapachu. W gardle, krtani i tchawicy strupów brak. Stan ten utrzymuje się dotychczas, mimo, że chory nie stosuje żadnego leczenia.

Właściwie zupełne wyleczenie w sensie anatomicznym otrzymaliśmy tylko w przypadku pierwszym. Jednak i przypadek drugi uważam za możliwe odnieść do grupy wyleczonych, gdyż chociaż objawy zaniku śluzówki nosa pozostały, to jednak do tworzenia się cuchnących strupów tak w nosie, jak i w krtani, do smrodu, do utraty węchu, jak dawniej, mimo przerwanego dawno leczenia nie dochodzi. Możemy więc mówić, że w tym przypadku, pomimo, że istnieją ślady przebytej ozeny, to jednak proces czynny ozenowy znikł.

Z innych przypadków ozeny leczonych tą metodą w pewnej części nie widzieliśmy poprawy, to znaczy zwilgotnienie śluzówki nosa, występujące, jak już zaznaczyliśmy, we wszystkich przypadkach, w niektórych przypadkach szybko znikało, ustępując miejsca zwykłemu ozenowemu stanowi, t. j. suchości i strupom. Dotyczyło to przeważnie przypadków, w których przyczyną cuchnącego zaniku były sprawy ropne w zatokach bocznych nosa, zwłaszcza w zatokach sitowych i klinowej. Tu autohemoterapja zwykle wyników pozytywnych nie dawała. Szczegół ten jednak nie pozbawiony jest znaczenia i może niekiedy być nam bardzo pomocnym w sprawie rozpoznania przyczyny ozeny, zwłaszcza dla lekarza praktyka na prowincji, gdzie ani diafanoskopji, ani tembardziej roentgenografji niema.

Naogół mimo stosunkowo nikłych wyników w sensie wyleczenia ozeny, jestem zadowolony ze stosowanego leczenia — gdyż w tak ciężkiem cierpieniu, jakiem jest ozena, nawet nieduża poprawa w stanie chorego winna być uważana za sukces leczenia.

W przewlekłych ropnych sprawach zatok nosowych miejscowe stosowanie wakcyn metodą *Besredki* dało w rękach niektórych specjalistów dobre wyniki. *Hays* zakładał swym chorym do nosa tampony przepojone autowakcyną, po uprzedniem przepłókaniu przewodów nosowych. Najczęściej florą dla tych filtratów służyły paciorkowce. W 33% przypadków następowało wyleczenie, w 55% — poprawa. *Hlavacek*, wprowadzając *antivirus* wprost do zatoki szczękowej w przypadkach zajęcia jej sprawą chorobową, wyników pozytywnych nie otrzymał.

Z rozpowszechnieniem wakcynoterapji zaczęto pokładać w niej wielkie nadzieje przy zwalczaniu przewlekłego ciężkiego cierpienia

nosa, jakiem jest twardziel. *Vymola* leczył jeden przypadek twardzieli zastrzykując podskórnie rhinosklerinę. Jest to proteina laseczek *Frischa* specjalnie spreparowana, koncentrowana przez parowanie, do której dodano zabitej ogrzewaniem zawiesiny laseczek *Frischa.* Użyto tego środka do leczenia ok. 200 ctm.^{3} Nastąpiło zupełne wyleczenie. Próby jednak *Jakubowskiego i Brunnera* nie wypadły zbyt zachęcająco. Zdaniem *Szmurły* można to objaśnić nądzwyczaj przewlekłym charakterem cierpienia, oraz późnym okresem rozpoczęcia kuracji, kiedy już wystąpiły wybitne rozrosty tkanki łącznej. Dla takich przypadków bardziej się nadaje leczenie metodą *Besredki*, gdyż wywołuje ono desensibilizację komórek wrażliwych śluzówki, ograniczając i zwężając coraz badziej ognisko zakaźne; z drugiej strony, tampony włożone do nosa wywierają ucisk na tkankę twardzielową, co nie pozostaje, jak wiemy, bez dobroczynnego wpływu na proces chorobowy. O dobrych wynikach takiego leczenia wspominają *Kalina i Jelin.* W jednym przypadku leczenie trwało 3 tygodnie, w drugim 6. Zakładano codziennie do nosa tampony z autowakcyną na przeciąg 24 godzin.

Niezłe stosunkowo wyniki dało leczenie twardzieli auto i heterowakcyną na klinice wileńskiej. Sprawa ta szczegółowo będzie omówioną w pracy kol. *Berlinerblau*, który te badania przeprowadzał. Na tem miejscu tylko muszę zaznaczyć, że polepszenie polegało na zwilgotnieniu śluzówki nosa i na ułatwieniu oddychania nosem.

Duże zastosowanie ma proteino i wakcynoterapja w leczeniu wiosennego nieżytu. Stosują w tem cierpieniu autowakcynę i stockwakcynę, często z jednakowym skutkiem. *Krijger* jest zdania, że najlepsze wyniki daje wakcynoterapja u małych dzieci, które żywo reagują na wprowadzone bodźce. Inni jak *Jacod*, *Wall-Mesham* uważają, że wakcynoterapja często zawodzi, spostrzegali oni natomiast lepsze wyniki od stosowania peptonu w zastrzyknięciach doskórnych. Używa się do tego celu 50% roztwór peptonu. Kurację rozpoczynamy dawką $^1/_{10}$ ctm.^{3}, dodając codziennie po $^1/_{10}$ ctm^3, zanim dojdziemy do $^3/_{10}$; tą dawkę stosujemy przez 20 dni. Z 10 przypadków kataru wiosennego, leczonych tym sposobem, *Jacod* otrzymał wyraźną poprawę w 7. Zwykle odczyn miejscowy po zastrzyknięciach bywa nieznaczny — wytwarzają się pęcherze jak w pokrzywce, które po kilku godzinach znikają. Zamiast zastrzyknięć peptonu można go stosować, niekiedy z dużem powodzeniem, per os. Dajemy zwykle po 0,75—1,0. 3 razy dziennie przed jedzeniem. Raz jeden spostrzegałem pewne złagodzenie objawów chorobowych po zastosowaniu do-

ustnem peptonu, jednak po dłuższem użyciu tego środka napady nieżytu znów powracały.

Vollbracht stosował z wynikiem b. dobrym uodpornianie w tem cierpieniu za pomocą wielowartościowej wakcyny pyłkowej (firmy *Natterer* z Monachjum). Jest to wyciąg wodny pyłków traw i żyta, 1 gr. pyłków zawiera wedł. obliczeń *Noona i Freemona* ok. miljona jednostek. Uodpornianie zaczynać należy od $^1/_8$—$^1/_2$ dozy podrażnienia. Kurację zaczynamy w początku marca, wynosi ona 18—20 zastrzyknięć podskórnych. Słabe dawki dajemy co 3 — 4 dni, średnie co 4—5 dni, mocne co 6—7 dni. Małe dozy wzmacniamy za następnym razem o 100%, średnie o 50%, mocne o 25%. Otrzymane wyniki przedstawiają się dość imponująco, gdyż *Vollbracht* podaje ok. 40% wyleczenia i ok. 30% poprawy.

B. Cierpienia gardła i krtani.

Bezwątpienia dobre wyniki daje proteino i wakcynoterapja w ostrych zakaźnych cierpieniach migdałków. Mam na myśli różne postacie angin, ropnie okołomigdałkowe, zapalenie ostre migdałka trzeciego. *Batawia* stosował w przypadkach ropni okołomigdałkowych z wybitnie dobrym wynikiem propidon. Zwykle po pierwszem zastrzyknięciu, o ile był to początek cierpienia, po 2—3 dniach następowało całkowite wessanie się nacieku. W wyjątkowych tylko przypadkach trzeba było zastrzyknięcie propidonu powtórzyć. Podobnie dobre wyniki w ropniach okołomigdałkowych widzieliśmy od propidonu na klinice wileńskiej; ze względu jednak na burzliwą reakcję po zastrzyku chorzy nie zawsze chętnie przystają na to leczenie. *Deselaers* uważa, że lepsze wyniki w ropniach okołomigdałkowych daje proteinoterapja. Na klinice prof. Komendantowa w Rostowie od szeregu lat stosuje się i w anginach i w ropniach okołomigdałkowych autohemoterapję, zastrzykując podskórnie lub domięśniowo od 5 do 10 kropel krwi chorego. Zwykle następnego dnia ciepłota spada do normy, ogólny stan chorych ulega poprawie, śluzówka z czerwonej staje się różową. W przypadkach anginae phlegmonosae następuje resorbcja procesu, lub szybkie opróżnienie ogniska ropnego (*Reinus*).

Przed kilku laty wprowadzono do terapji anginy, ropni okołomigdałkowych nowy środek — omnadynę. Jest to mięszanina ciał białkowych, powstałych z przemiany materji rozmaitych niechorobotwórczych grzybków (Spaltpilze), lipoidów żółci oraz produktów przemiany tłuszczowej.

Cały szereg autorów, jak *Keil, Sonnenschein, Matzke, Rabin*, notuje dodatnie działanie tego środka na przebieg cierpienia. Stosuje się go zwykle domięśniowo w ilości 2 ctm.^{3}. Wyższością tego środka w stosunku do innych jest brak odczynu ogólnego po zastrzyknięciu, co pozwala na stosowanie go nawet u ciężarnych, u chorych, na serce i nerki. Pod wpływem omnadyny proces zapalny w migdałku lub dookoła niego zatrzymuje się, ulega wessaniu. Czas trwania cierpienia skraca się znacznie. Stosowałem omnadynę w szeregu przypadków ropni okołomigdałkowych w początkowym okresie cierpienia i zawsze widziałem szybkie cofanie się sprawy chorobowej. Chorzy, którzy wiedzieli o bolesności i przykrych następstwach zastrzyknięć propidonu lub mleka, byli mile zdziwieni brakiem reakcji po omnadynie.

W ciężkich sprawach septycznych, rozwijających się w przebiegu anginy, nieraz trzeba niemal poomacku odszukać odpowiedni środek obronny. W jednym przypadku, który mam świeżo w pamięci, po anginie rozwinęła się ropnica o ciężkim przebiegu. Stosowane srebro koloidowe, omnadyna nie odniosły najmniejszego skutku. Dopiero autohemoterapja w połączeniu z autowakcynoterapją (autowakcyna przyrządzona z hodowli otrzymanych z krypt migdałkowych) dała wynik pomyślny, chory przestał gorączkować i obecnie jest poza granicami niebezpieczeństwa.

W przewlekłych zapaleniach migdałków stosowano również leczenie szczepionkami (*Daland*). Zdaniem tego autora lepsze wyniki daje kombinowane leczenie — chirurgiczne i autowakcyną.

Z innych cierpień jamy ustnej i gardła, leczonych ciałami proteinowemi lub szczepionkami, wspomnieć należy stomatitis ulcerosa, w którem *Nissen* z dobrym wynikiem stosował aolan, angina Ludovici leczona również pomyślnie przez *Batawję* propidonem, ropowice podszczękowe—nasza klinika, wreszcie promienicę (*Judd, Rosell*).

Zwolennicy omnadyny, jak np. *Matzke*, stosują ją w czyrakach nosa, róży, ropowicy, wreszcie nawet w błonicy jednocześnie z surowicą, uważając, że skrócony przebieg cierpienia, powoduje szybkie oczyszczenie się błon, wreszcie zabezpiecza od zaburzeń pobłoniczych.

Dotknąwszy sprawy leczenia błonicy, nie mogę omawiać kwestji seroterapji, gdyż w ten sposób odbiegłbym od właściwego tematu, muszę jednak w kilku słowach wspomnieć o próbach wakcynacji przeciwko tej chorobie za pomocą tak zwanej anatoksyny *Ramona*, *T. A. Behringa* (toxin—antitoxin). Jak wykazują statystyki różnych

autorów tą drogą udaje się prawie zawsze wywołać uodpornienie, trwające zwykle dość długo (do kilku lat).

Anatoksyna Ramona jest to toksyna błonicza pozbawiona swych własności jadowitych za pomocą działania formolu 0,44% w ciepłocie 38°; własności uodporniające toksyny pozostały niezmienione tem preparowaniem. Używamy anatoksyny Ramona do uodpornień dzieci przeciwko błonicy, szczepiąc tylko te, u których odczyn Schick'a wypadł dodatnio. Szczepionkę dajemy podskórnie, zwykle dwa razy: pierwsza dawka wynosi 0,5 ctm.^{3} anatoksyny, druga po przerwie 1 — 3 tygodniowej — 1,0 ctm.^{3}. Zwykle po drugiem szczepieniu odczyn Schick'a staje się ujemnym, czyli dziecko zostaje uodpornione przeciwko błonicy.

W cierpieniach krtani wakcyno i proteinoterapja znalazła stosunkowo nieduże zastosowanie. Pewne wyniki otrzymano od omnadyny w ostrym nieżycie krtani. W zajęciu krtani i tchawicy ozeną widzieliśmy niewątpliwie dobre skutki od autohemoterapji. Autorowie rosyjscy notują poprawę w twardzieli nosa i krtani po stosowaniu autowakcyny miejscowo według metody *Besredki*. Stosunkowo dużo zwolenników znalazło leczenie swoiste w terapji gruźlicy krtani. *Castellani* objaśnia to aktywizacją protoplazmy w sensie teorji Weichardt'a. W r. 1925 *Boquet i Nègre* spreparowali w Instytucie Pasteur'a w Paryżu wyciąg w alkoholu methylowym lipoidów laseczki gruźliczej ludzkiej i bydlęcej, rozcieńczony następnie w wodzie, który nazwali „antigène méthylique de Boquet et Nègre". Po całym szeregu prób pomyślnych na zwierzętach, przystąpiono do leczenia gruźlicy u ludzi. *Armand Delile*, *Duhamel i Marty* notują dodatni wpływ tego leczenia w gruźlicy płuc u dzieci, *Halbron*, *Lozlat-Jacob i Betoux* otrzymali dobre wyniki w gruźlicy skóry. Zachęcony temi wynikiami *Caboche* zaczął stosować antigène méthylique w gruźlicy krtani. Z 17 przypadków, leczonych tą metodą do października 1927 r., otrzymał wyniki następujące: w 6 nie zauważył zmian w krtani w związku z leczeniem, w 4 była duża poprawa, w 4 innych była również poprawa, lecz tu stosowano prócz antigène jeszcze galwanokaustykę, wreszcie w 3 przypadkach nastąpiło zupełne wyleczenie. W przypadkach poprawy zauważono cofanie się nacieków gruźliczych, zniknięcie owrzodzeń powierzchownych i zmniejszenie się owrzodzeń głębokich, poprawę stanu ogólnego i spadek ciepłoty ciała do normy. Środek ten nie wywołuje zwykle ani odczynu miejscowego ani ogólnego, wobec czego nie przedstawia tych niebezpieczeństw, co tuberkulina. Niekiedy daje się zauważyć u osób bar-

dzo wrażliwych pewne wzniesienia ciepłoty, pozostające jednak bez wpływu na stan ogólny chorego. Instytut Pasteur'a wypuszcza do sprzedaży antigen rozcieńczony i czysty. Leczenie należy rozpocząć od zastrzyknięć preparatu rozcieńczonego, stosując go 3 razy tygodniowo, domięśniowo, lub podskórnie, najpierw po $^{1}/_{4}$ ctm^3; po 4 zastrzyknięciach przechodzimy do dawki $^{1}/_{2}$ ctm, potem do $^{3}/_{4}$ ctm^3, wreszcie, o ile odczynu nie zauważymy, po 12 zastrzyknięciach dochodzimy do całego ctm^3. Potem, stopniowo zaczynając od od $^{1}/_{4}$ ctm^3, przechodzimy do środka nierozcieńczonego. Tu należy być ostrożniejszym i natychmiast zmniejszyć dawkę, jeżeli wystąpią najmniejsze objawy reakcyjne.

Dla zmniejszenia dysfagji, objawu tak ciężkiego w gruźlicy krtani, *Sorgo* z pożytkiem stosował lokalnie w formie pendzlowań najpierw *antivirus* gruźliczy, a potem paciorkowcowy i gronkowcowy. Przekonał się on, że wymieniony *antivirus* łagodzi bóle nie tylko w gruźlicy krtani, lecz również w raku krtani, a nawet bóle po wyłuszczeniu migdałków. *Jelinek* podaje dobre wyniki w gruźlicy krtani od zastrzyknięć domięśniowych omnadyny. Widział on ustępowanie dysfagji, zmniejszanie się nacieków, wzrost wagi chorych. Objaśnia to działanie tem, że omnadyna wzmacnia środki obronne ustroju i w ten sposób pomaga do zwalczania ogniska gruźliczego w krtani.

C. Cierpienia uszu.

Skuteczność proteino i wakcynoterapji w chorobach uszu daje się stwierdzić przedewszystkiem w leczeniu czyraków przewodu zewnętrznego. W przypadkach lżejszych wystarczy często jednorazowe zastrzyknięcie propidonu, lub 10 ctm^3 krwi chorego; w przypadkach uporczywej furunkulozy najlepsze wyniki dają autowakcyny, przyrządzone z ropy pobranej z czyraka (*Hemeleers, Helsmoortel*). Klinika Prof. Sébileau w Paryżu stale stosuje w tem cierpieniu autohemoterapję i z wyników jest naogół zadowoloną. Ponieważ czyraki są prawie wyłącznie wywoływane przez gronkowce, stosowanie miejscowe, metodą Besredki *antivirusa* gronkowcowego, teoretycznie całkiem uzasadnione, w praktyce niekiedy przynosi pewną korzyść. Dobre skutki takiego leczenia stwierdza *Hlavacek, Borschim, Sołomonow, Korsakow*. Ten ostatni w 6 przypadkach ciężkiej otitis externa z gorączką, dużemi bólami, powtarzającemi się nawrotami ropni, już w 2, a najwyżej w 5 dni po rozpoczęciu leczenia stwierdzał znaczną poprawę, wyrażającą się w tem, że bóle i obrzmienia

ustępowały, wrzody oczyszcząły się prędzej, recydywy nie zjawiały się. W klinice Wileńskiej stosujemy w otitis externa *antivirus* (wyrobu firmy Klawe) z rozmaitym wynikiem: dość często zmniejszają się bóle i uczucie napięcia w uchu tak przykre dla chorego, niekiedy daje się zauważyć cofanie się sprawy ropnej, jednak nie odnosi się wrażenia, że to leczenie daje wybitnie lepsze wyniki od innego. Niezłe wyniki spostrzegałem w kilku przypadkach uporczywej wrzodzianki ucha od zastosowania omnadyny. Chorzy stwierdzali, że uczucie napięcia w uchu znacznie się zmniejszało, dojrzewanie ropni stawało się mniej bolesne. W cięższych przypadkach należało zastrzyknięcia powtarzać codziennie przez 7—8 dni.

Inaczej przedstawia się sprawa w ropnem zapaleniu ucha środkowego. W ostrem ropieniu z ucha poza nielicznemi przypadkami pomyślnego wpływu wakcynoterapji na przebieg cierpienia (*Batawia*, *Żukow)* bardzo wielu autorów nie widziało od tego leczenia żadnych wyników. *Baldenweck i Jacod* na 41 przypadków zapalenia ucha środkowego leczonych szczepionkami mieli 13 razy powikłanie ze strony wyrostka sutkowego, co stanowi 30%, — cyfry zbyt wysokie, przewyższające znacznie normalny odsetek mastoiditis w ogólnej liczbie ostrych ropień z ucha. Niepewne wyniki otrzymał w leczeniu szczepionkami ostrych ropnych spraw ucha środkowego również *Dajches*. *Kolmer* jest zdania, że naogół ropne cierpienia kostne gorzej reagują na bodźce wprowadzone do ustroju drogą wakcynoterapji. Jest on wobec tego zwolennikiem dużych dawek szczepionki, wywołujących żywą reakcję ustroju.

W czterech przypadkach pogrypowego ostrego ropnego zapalenia ucha u małych dzieci otrzymałem dobre wyniki od zastrzyknięć omnadyny. Po każdem zastrzyknięciu ciepłota wyraźnie obniżała się i burzliwy obraz choroby łagodniał, by w przyśpieszonem tempie dać całkowite wyleczenie.

W przypadkach ostrego ropnego zapalenia ucha środkowego powikłanego sprawą w wyrostku sutkowym, należy być bardzo ostrożnym ze stosowaniem szczepionek. Znane są przypadki pozornego wyleczenia mastoiditis, które po kilku tygodniach zmuszały lekarza do interwencji chirurgicznej. W innych znów przypadkach odczyn po zastosowaniu szczepionki, trwający czasem długo, maskuje nam obraz chorobowy i utrudnia orjentowanie się w nim. Z tego powodu próby leczenia ostrego ropnego zapalenia ucha środkowego metodą *Besredki* wydają się bardziej celowe, jako działające bezpośrednio na ognisko zapalne w kości, a mniej niebezpieczne. Wyniki

otrzymane tą metodą leczenia w naszej klinice były dość zachęcające: z 16 przypadków ostrego niepowikłanego ropienia z ucha w 12 nastąpiło wyleczenie w okresie od 9 dni do 5 tygodni; z 9 przypadków ostrego ropienia, powikłanego sprawą zapalną w komórkach sutkowych, — w dwóch doszło do trepanacji, w 7 nastąpiło stopniowe cofanie się i wygaśnięcie procesu chorobowego. Stosowaliśmy wielowartościowe przesącze paciorkowcowe lub gronkowcowe (*Klawego*), zależnie od charakteru flory w chorem uchu.

Wcale niezłe wyniki daje ta metoda w przewlekłem niepowikłanem ropnem zapaleniu ucha środkowego (*Andrianow*, *Borodai*, *Ossipow*, *Daiches*, *Korssakow*, *Sołomonow*). Przypadki, powikłane perlakiem lub martwicą kości, nie nadają się do tego leczenia, gdyż w przypadkach takich nie zauważono żadnej poprawy.

Pozajelitowe wprowadzenie do ustroju białka lub szczepionki swoistej może być, zdaniem wielu, skutecznym środkiem pomocniczym przy zwalczaniu infekcji u operowanych chorych. Spostrzegaliśmy nieraz, że propidon skutecznie zwalcza skoki temperatury po operacji wyrostka sutkowego lub szczęki górnej, a nawet przyśpiesza gojenie rany. *Cohen* radzi stosować szczepionkę indywidualną przed zabiegiem operacyjnym, uważając, że „wakcynoterapja odgrywa rolę aktu przedoperacyjnego, podnosząc osłabioną odporność ustroju".

Helsmoortel, pragnąc przyśpieszyć gojenie rany po trepanacji lub po operacji doszczętnej ucha, stosuje płókanie rany *antivirusem* i zakładanie zmoczonych nim sączków. Spostrzegał po takiem leczeniu wyraźne skrócenie okresu leczenia.

Niepewnem lub zgoła zawodnem okazuje się czasem działanie proteino i wakcynoterapji w zakażeniach ogólnych pochodzenia usznego. *Covili-Faggioli* podają jeden przypadek posocznicy, zakończonej pomyślnie dzięki stosowaniu kaseolu, podobne przypadki wyzdrowienia po użyciu tego lub innego środka białkowego znajdujemy od czasu do czasu w piśmiennictwie. Spostrzegaliśmy sami kilkakrotnie pomyślny wpływ propidonu na ropnicę pochodzenia usznego. Jednak naogół, w tak ciężkiem cierpieniu, jakiem jest posocznica, imamy się zwykle rozmaitych środków ratunku jednocześnie, w wyjątkowych więc tylko przypadkach sukces leczenia możemy przypisać właśnie temu środkowi, a nie innemu.

Wiethe i Waldapfel na posiedzeniu austrjackiego T-wa otolaryngologicznego dnia 23 lutego 1925 r. demonstrowali ciekawy przypadek sepsy pochodzenia usznego (we krwi z zatoki znaleziono paciorkowiec hemolizujący); po beznadziejnych próbach leczenia chi-

rurgicznego przystąpiono do następującego leczenia: po stwierdzeniu, że krew chorego i jego ojca należą do tej samej grupy serologicznej, zastrzyknięto ojcu dużą dawkę autowakcyny, wyhodowanej z zarazków krwi chorego syna; po ustąpieniu silnych objawów reakcyjnych i po powtórnem ustaleniu tej samej grupy serologicznej dla jego krwi, przetoczono 300 ctm^3 krwi ojca synowi. Natychmiast po przetoczeniu krwi chory poczuł się lepiej, ciepłota litycznie zaczęła opadać, pacjent ze stanu prawie beznadziejnego spokojnie, bez wstrząsu przeszedł w stan rekonwalescencji. Czy w danym przypadku czynnikiem decydującym było uodpornienie czynne ojca i wprowadzenie do chorego ustroju syna ogromnej ilości gotowych przeciwciał, czy powodzenie kuracji należy odnieść na karb parenteralnego wprowadzenia białka obcego, — trudno orzec. Wobec istnienia przypadków wyleczenia takich spraw tak samo szybko po zwykłem przetoczeniu krwi osobników zdrowych (*Halphen*, *Ramadier*, *Lemaitre*), możemy raczej przypisywać dobroczynne skutki tego zabiegu wpływom proteinoterapji.

Jak wiele nadziei pokładają obecnie w tym zabiegu, możemy sądzić ze słów *Lemaitre'a* na jednem z posiedzeń T-wa paryskich otolaryngologów: „j'ai vu suffisamment de cas pour affirmer que la transfusion du sang apporte un secours inespéré à des malades considérés comme perdus; je crois que la transfusion du sang changera plus ou moins nos idées sur la thérapeutique chirurgicale des septicémies auriculaires".

Z innych cierpień ucha, leczonych z większem lub mniejszem powodzeniem za pomocą proteino — wakcynoterapji, wskazać należy herpes zoster, w którym niezłe wyniki widziano od omnadyny, rozmaite schorzenia nerwu VIII i jego zakończeń, w których według spostrzeżeń *Urbantschitsch'a*, *Leidler'a i Stransky'ego* pomyślne wyniki można otrzymać od stosowania vakcineuriny, phlogetanu, wakcyny tyfusowej, wreszcie kiłę ucha wewnętrznego, w której *Beck*, *Schlander* spostrzegali pewną poprawę od tuberkuliny, wakcyny gronkowcowej.

W ramach niniejszego referatu narzuciliśmy tylko krótki szkic działania proteino i wakcynoterapji w oto-rhino-laryngologji, oraz dotknęliśmy praktycznych korzyści, jakie posiada w ręku lekarza ta metoda leczenia. Nie jesteśmy, niestety, w stanie dotychczas rozwiązać rozmaitych kwestyj, związanych z tem zagadnieniem, jak np. dlaczego w pewnem cierpieniu otrzymujemy dodatnie wyniki od leczenia swoistego, w innem od wprowadzenia protein, lub dla czego

w analogicznych przypadkach pewnego cierpienia jednakowo stosowana proteino lub wakcynoterapja daje zgoła odmienne wyniki. Z tego powodu ciemną i niewyjaśnioną jest sprawa wskazań lub przeciwwskazań do stosowania omawianego sposobu leczenia. Najczęściej stosujemy ten lub inny środek białkowy, tę lub inną szczepionkę w ten lub inny sposób nie na zasadzie głębokiego przeświadczenia, opartego na gruntownej znajomości istoty zachodzących w ustroju zjawisk, gdyż ta nie jest jeszcze przez umysł ludzki dostatecznie wyświetlona, lecz empirycznie, często w celu próby. Nie zmniejsza to jednak praktycznego znaczenia proteino i wakcynoterapji.

Piśmiennictwo.

1. Andrianow. (Zbl. f. H. N. O. 10 s. 179). 2. Batawia. Szczopionki w chorobach gardła, nosa i uszu (P. P. Ot. T. 1 z. 2). 3) Beck (wdł. Wąsowskiego. Kiła ucha 1929). 4. Besredka. Immunisation locale. Paris 1925. 5. Borodai (Zbl. f. H. N. O. 10 s. 687). 6) Borchim (wdł. Korssakowa). 7. Caboche (Ann. de mal. de l'oreille 1927). 8. Castellani (Zbl. f. H. N. O. 10 s. 442). 9. Cohen (Ann. de mal. de l'oreille 1928). 10. Covili-Faggiolo (Zbl. f. H. N. O. 9 s. 866). 11. Dajches (wdł. Korssakowa). 12. Daland (Ann. de mal. 1928). 13. Delile (Ann. de mal. 19.7). 14) Deselaers (Zbl. f. H. N. O. 9 s. 890). 15. Doniol (Ann. de mal. 1927). 16. Duhamel i Marty (wdł. Caboche). 17. Ferretti (Zbł. f. H. N. O. 9 s. 47). 18. Halbron (wdł. Caboche). 19. Halphen (Ann. de mal. 1927). 20. Hays (Zbl. f. H. N. O. 10 s. 330). 21. Helsmoortel (Zbl. f. H. N. O. 10 s. 831). 22. Hemeleers (Zbl. f. H. N. O. 9 s. 556). 23. Hlavacek (Zbl. f. H. N. O. 9 s. 347). 24. Hofer (Mon. f. Ohr. 1927). 25. Hofer (Mon. f. Ohr. 1925). 26. Hütter (Mon. f. Ohr. 1924). 27. Iribarne (wdł. Batawji). 28. Jakubowski i Brunner (wdł. Szmurły. Podr. chor. nosa). 29. Jelinek (Ann. de mal. 1928). Judd, Rosell (Zbl. f. H N. O. 10 s. 294). 31. Kalina i Jelin (Mon. f. Ohr. 1927). 32. Keil (Ztsch. f. H. N. O. OP. T. 11). 33. Kolmer (wdł. Dalanda). 34. Korssakow (Rus. Orol. 1926). 35. Krijger (Zbl. f. H. N. O. 10 s. 190). 36. Laskiewicz (P. P. Ot. T, 1 z. 1). 37. Leidler i Stransky (Mon. f. Oh. 1924). 38. Lemaitre (Ann. de mal. 1927). 39. Lortal-Jacob et Betoux (wdł. Caboche). 40. Lubliner (P. P. Ot. 1926). 41. Lukow (wdł. Tołokonnikowa. Żur. usznych nosow. bol. T. V. 1—4). 42. Marschik (Zbl. f. H. N. O. 9 s. 192). 43. Martzke (wdł. Sonnenscheina). 44. Meyer (L'oto-Rhino-Lar. Inter. 1925). 45. Nissen (wdł. Allerhanda P. G. L. 1923). 46. Ossipow (wdł. Korssakowa). 47. Peszyński (P. Wil. T. Lek. 1927). 48. Portmann (Ann. de mal. 1926). 49. Babin (Mon. f. Ohr. 1928). 50. Ramadier (Ann. de mal. 1927). 51. Reinus (Ann. de mal. 1927). 52. Rencki (P. G. L. 1922). 53. Schnierer (Mon. f. Ohr. 1925). 54. Schreder i Weichardt (M. med. W. 1919). 55. Simeoni (Zbl. f. H. N. O. 9 s. 174). 56. Sochański (wdł. Renekiego). 57. Sołomonow. (Żur. usz. nos. bol. T. V. 11—12). 58. Sonnenschein (Mon. f. Ohr. 1928). 59. Sorgo (Ann. de mal. 1928 s. 885). 60. Vollbracht (Ztsch. f. H. N. O. 1924 Bd. 10). 61. Vymola (Ann. de mal. 1927). 62. Wall-Mesham (Zbl. f. H. N. O. 9 s. 242). 63. Wiethe-Waldapfel (Mon. f. Ohr. 1925).

Z zakładu roentgenologji U.P. (dyr. Prof. Dr. *Mayer*) i kliniki otolaryngologicznej U.P. (dyr. Doc. Dr. *Laskiewicz*).

O roentgenologicznym obrazie powikłań wewnątrzczaszkowych pochodzenia usznego.

Podał: Doc. Dr. A. LASKIEWICZ.

Badanie roentgenologiczne ucha środkowego, wewnętrznego i wyrostka sutkowego należy dziś już do metod rozpoznawczych, które zyskały sobie pełne prawo obywatelstwa w patologji i terapji narządu słuchowego. Dzięki bowiem pracom *Sonnenkalba*, *Heinego*, *Denkera*, *Brüningsa*, *Grasheya*, *Beyera*, *Stenversa*, *E. Mayera*, *Schüllera*, *Fischera*, *Sgalitzera*, *Knoxa*, *Blaua*, *Buscha* i t. p., zostały ustalone sposoby ułożenia głowy oraz czas ekspozycji, potrzebny do zdjęć poszczególnych części kości skalistej i wyrostka sutkowego. Roentgenogramy przypadków patologicznych narządu słuchowego, uzyskane według wskazówek powyższych autorów, przyczyniają się w znacznej mierze jeżeli nie do zupełnego roztrzygnięcia danej kwestji, to w każdymbądź razie są one cennym przyczynkiem w rozpoznawaniu zmian chorobowych i anatomicznych ucha, oraz sąsiadujących z nim narządów. Na zdjęciach roentgenowskich „udanych" odczytujemy z łatwością zmiany zapalne w jamie bębenkowej, oraz komórkach sutkowych pod postacią wyraźnego zmętnienia, względnie nawet zatarcia ich zarysów. Z drugiej znów strony mniej lub więcej rozległe przejaśnienia w obrębie ciemnych zazwyczaj przegródek kostnych komórek wyrostka sutkowego, świadczą o zmianach daleko głębszych, a mianowicie, o ubytkach kości, wywołanych długotrwałem ropieniem w tych miejscach. Innym razem występuje w najbliższem sąsiedztwie przejaśnienia, odpowiadającem zarysom perlaka, mniej lub więcej rozległy cień, który jest wyrazem większej zbitości (eburneacji) utkania kostnego w tych miejscach. Obraz ten stanowi bezwątpienia ważny przyczynek i zarazem uzupełnienie badania klinicznego zwłaszcza tam, gdzie mamy możność na całym szeregu zdjęć, wykonanych w krótkich odstępach czasu, śledzić przebieg i postęp ropnego zapalenia w wyrostku sutkowym (*Sonnenkalb*, *Runge*, *Gerber*, *Heinemann*).

Jeżeli rozpatrujemy zalety poszczególnych metod zdjęcia roentgenowskiego ucha w odniesieniu do roentgenografji powikłań wewnątrzczaszkowych pochodzenia usznego, to każda z nich przedstawia pewne cechy dodatnie ze względu na oddanie poszczególnych

części narządu słuchowego wraz z jego otoczeniem w sposób możliwie dokładny, nadający się do różniczkowego rozpoznawania zmian chorobowych w uchu środkowem i w jego najbliższem sąsiedztwie. A mianowicie, sposób zdjęcia osiowego *Buscha* czy *Mayera* daje dokładny przegląd antrum, aditus ad antrum, przedsionków (atticus) a prócz tego umożliwia orjentację w przebiegu i zachowaniu się ścian zatoki esowatej na dłuższej przestrzeni. Natomiast szczegóły w jamie bębenkowej nie są w ułożeniu *Buscha* na zdjęciu zbyt wyraźne, gdyż po większej części przysłania je cień od antrum i bulbus venae jugul. Sposób zaś *Mayera* usuwa te niedogodności całkowicie. Zdjęcia ucha przedniotylne, podane przez *Stenversa*, *Lannois'a*, *Fischera i Sgalitzera* cechują się większą równomiernością zarysów całej kości skalistej oraz komórek wyrostka sutkowego, przyczem poszczególne części błędnika, jako to przedsionek, łuk poziomy, ślimak oraz kanał n. twarzowego dają się na kliszy wyraźnie odróżnić. Szczegóły na capsula labyrinthi oraz pneumatyzację kości skalistej, aż ku jej szczytowi oddaje lepiej pozycja *Schüllera* czy *Sonnenkalba* (zdjęcie przystyczne wyrostka sutkowego). Zwłaszcza w pozycji *Schüllera* (zdjęcie skośne przez tuber parietale strony przeciwległej) wychodzą najlepiej stosunki topograficzne poszczególnych części kości skalistej względem siebie i ich najbliższego otoczenia jako to: tegmen, meatus externus, sulcus sigmoideus. Natomiast w przeciwieństwie do powyższych metod komórki sutkowe przednie występują w tem ułożeniu znacznie gorzej. To też w przypadkach powikłanych należy używać nie wyłącznie tylko jednej metody, lecz dobierać kombinację zdjęć kilkoma sposobami na raz.

Co się tyczy obrazu roentgenowskiego gruźlicy i kiły ucha, to w ostatnim wypadku występuje na zdjęciu obok typowych zmian dotyczących całej czaszki, jak hydrocephalus lueticus, rozdęcie kości płaskich czaszki obok znacznego zcieśnienia jej podstawy także zmiany ogniskowe w obrębie kości skalistej, oraz łuski kości skroniowej pod postacią nacieków kilakowych, względnie osteoperiostitis luetica z następczą osteoporozą. Gruźlica ucha środkowego i kości skalistej daje w obrazie roentgena również przejaśnienia, odpowiadające miejscu zniszczenia kości, którego rozległość jest niejednokrotnie trudno z roentgenogramu należycie ocenić.

W przypadkach uszkodzeń urazowych kości skalistej, bezpośrednich i pośrednich, można na podstawie roentgenogramu w wielu razach określić dokładnie miejsce złamania, występujące w postaci linijnej czarnej smugi na jasnych zarysach kości od strony wlotu

kuli. Zdjęcie to może nam dać nadto pojęcie o stosunku ewentualnym powikłań wewnątrzczaszkowych do powyższego obrażenia. Zmiany te dadzą się z łatwością odróżnić od szwów kostnych, względnie rowków naczyniowych, zwłaszcza jeżeli zdjęcie roentgenowskie było wykonane w ułożeniu, odpowiadającem płaszczyźnie przebiegu danej szczeliny, a mianowicie: szczelina łuski kości skroniowej występuje najdokładniej w ułożeniu na bok z głową lekko pochyloną ku przodowi (ułożenie *Schüllera*), szczelina zaś, przebiegająca w tylnym dole czaszkowym, na kości potylicznej uwydatnia się wyraźniej na zdjęciu przedniotylnem (poz. *Stenversa* lub *Fischer-Sgalitzera*). Uszkodzenia postrzałowe kości skalistej i skroniowej pod postacią szczelinowatego pęknięcia, względnie przemieszczenia odłamków kostnych wraz z pociskiem do wnętrza czaszki, dają na zdjęciu, wykonanem sposobem *Buscha*, wyraźne zarysy.

De Kleyn i Stenvers przekonali się, że uszkodzenia postrzałowe błędnika mogą być również na drodze roentgenologicznej z całą ścisłością rozpoznane. Towarzyszące zaś często postrzałowi wynaczynienia, względnie obecność baniek powietrza w uszkodzonych częściach mózgu od strony wlotu kuli są podpadającemi szczegółami na zdjęciu roentgenowskiem powyższych przypadków (*Duken*).

Nie potrzebuję tu wspominać o tem, że wyrośla kostne: exostozy, osteofyty piramidy i wyrostka sutkowego, a dalej większe ubytki kostne, wywołane uciskiem nowotworów, względnie tętniaków tętnic podstawy czaszki dają się na zdjęciu roentgenowskiem dokładnie wykazać nie tylko pod względem rozmiarów i kształtu, lecz także i stosunku do najbliższego otoczenia.

Co się tyczy obrazu roentgenowskiego powikłań wewnątrzczaszkowych, związanych z ostrym lub przewlekłym procesem zapalnym ucha środkowego i wewnętrznego, to z góry zaznaczyć należy, że tylko w nielicznych przypadkach można na zwykłem zdjęciu roentgenowskiem uwidocznić te tak trudno dające się wykazać zmiany anatomiczne na oponach, zatoce esowatej względnie w samym mózgu. Zaburzenia krążenia, ogniska zapalne rozmiękczeniowe i ropnie mózgu są dla promieni X w zwykłych warunkach nieuchwytne. Te ostatnie mogą wszakże dać cień wyraźny na kliszy przy użyciu płynów kontrastowych jako to: jodipiny, lipjodolu, wprowadzonych na sączku, względnie wstrzykniętych wprost do wnętrza ropnia.

Spostrzeżenia *Siccarda, Forestiera, Peipera i Berbericha* wykazały, że przetwory jodynowe jako to: lipjodol czy jodipina (zwłaszcza prep. fabryki *E. Mercka*), dające na zdjęciach roentgenowskich

wyraźny cień, wywołują podobnie jak na sluzówce górnych dróg oddechowych tylko nieznaczne podrażnienie tkanki nerwowej rdzenia i mózgu (pleocytoza w płynie mózgowo-rdzeniowym bez zwiększenia ilości białka). Płyny te mogą być zatem użyte bez szkody do kontrastowego wykazania ubytków czy też ropni w obrębie układu nerwowego ośrodkowego. W myśl powyższych badań *Jakobäus i Folke-Nord* wykazywali guzy torbielowate mózgu przy użyciu płynów kontrastowych. *Peiper i Klose* podają już dokładnie technikę zdjęć kontrastowych rdzenia i mózgu po uprzedniem wprowadzeniu 20% roztworu jodipiny do przetoki ropnia mózgowego. *O. Moyer* poleca w tych wypadkach wprowadzać w niewielkiej ilości (2—3 c^3) płyn kontrastowy strzykawką, po uprzedniem nakłuciu i wyaspirowaniu kilku (5—6 c^3) ropy. Sposób ten oddaje nietylko dokładnie wielkość ropnia, oznacza jego najniższy punkt dla dogodnego otwarcia ropnia i założenia drenażu, lecz co więcej umożliwia orjentację co do obecności ewentualnych uchyłków jego ścian. Ta ilość użytego płynu kontrastowego rozpuszcza się dokładnie w treści ropnia i wystarcza w zupełności do oddania jego konturów na zdjęciu. *Uffenordemu* udało się w ten sposób wykazać prócz tego jeszcze przetokę dokomorową w przypadkach przebicia ropnia płata skron. do komory bocznej mózgu.

Torbiele i guzy podstawy czaszki oraz kąta móżdżkowo-mostowego występują na zdjęciu roentgenowskiem wyraźnie po wprowadzeniu powietrza czy tlenu do komór mózgowych przez kanał kręgowy lub przez nakłucie podpotyliczne (encephalografja). Sposób ten podany przez *Bingla i Dandy'ego* opiera się na tem spostrzeżeniu, że komory mózgowe, jak również przestrzenie podpajęczynówkowe na powierzchni i na podstawie mózgu (cysterny) są w warunkach prawidłowych ściśle ze sobą połączone, to też po wprowadzeniu pewnej ilości powietrza w miejsce uprzednio wypuszczonego płynu mózgowo-rdzeniowego, uwydatniają się na zdjęciu roentgenowskiem jako jasne pasma i plamy. Te to miejsca odbijają szczególnie od przyćmionych zarysów kości i mózgu. Sposób ten może wykazać dokładnie wielkość oraz zmianę konfiguracji i położenia wspomnianych przestrzeni, lecz nie nadaje się wcale w przypadkach zapalenia opon lub ropni mózgu. W tych bowiem wypadkach tylko subtelna technika badania roentgenologicznego może się przyczynić do rozwiązania zawiłych nieraz problemów diagnostycznych.

Powikłania ze strony opon i mózgu, przebiegające z długotrwałem wzmożeniem ciśnienia wewnątrzczaszkowego dają na zdjęciu

roentgenowskiem charakterystyczne spłaszczenie, a nawet ubytki siodełka. W innych znów miejscach daje się zauważyć wyraźne pogłębienie tych *impressiones digitatae et juga cerebralia* obok rozszerzenia rowków naczyniowych, ujścia słuchowego wewnętrznego, szwów kostnych (p. rys. I, przyp. craniosten).

Ułożenie chorego do zdjęć roentgenowskich ucha powinno być zawsze w pozycji leżącej, umożliwiającej unieruchomienie głowy na czas dłuższy bez uczucia znużenia dla chorego, a prócz tego dokładne przyleganie kasety do odpowiednich części czaszki. Po dokładnem nastawieniu blendy (t. j. przysłony) musi być dla każdego niemal zdjęcia poszczególnych części narządu słuchowego czas ekspozycji dokładnie obliczony. Praktyka codzienna wykazuje, że pomimo nawet najściślejszego przestrzegania powyższych przepisów t. zw. udane zdjęcia ucha, a zwłaszcza jego najbliższego otoczenia należą prawie do wyjątków. Zwłaszcza jeżeli uwzględnimy trudności na jakie napotyka dokładne oddanie głęboko położonych części piramidy np. jej szczytu, błędnika, zatoki esowatej i t. p.

Przechodząc do opisu obrazu roentgenologicznego powikłań wewnątrzczaszkowych pochodzenia usznego, spostrzeganych i operowanych w naszej klinice w r. 1929, zaznaczam, iż tylko w 2-ch przypadkach ropni płata skroniowego i móżdżku zdjęcie roentgenowskie było wykonane w kilka dni po zabiegu operacyjnym, po uprzedniem wypełnieniu wnętrza tych ropni lipjodolem. Natomiast w pozostałych 4-rech przypadkach prof. *Mayer* wykonał zdjęcie odnośnych powikłań wewnątrzczaszkowych tuż przed zabiegiem operacyjnym. Najlepszą okazała się pozycja leżąca chorego, którą zależnie od zmian, o jakie chodziło w danym przypadku, dostosowywano do ułożenia według wyżej podanych sposobów zdjęcia roentgenowskiego ucha. A mianowicie dla 2-ch przypadków ropni mózgu i móżdżku okazał się najdogodniejszy sposób *Stenvers-Fischer-Sgalitzera*. Zdjęcie zaś zatoki esowatej wypadło wyraźniej w pozycji *Sonnenkalba*. Natomiast w pozostałych przypadkach perlaków w antrum i komórkach sutkowych, jako też 2-ch przypadków ropni podoponowych pochodzenia usznego ułożenie *Schüllera* dało zupełnie zadawalniające obrazy roentgenologiczne żądanych szczegółów. Dla uwidocznienia delikatniejszych szczegółów w obrazie roentgenologicznym prof. *Mayer* używał filmów, przez siebie wynalezionych (pat. ang. Nr. 286283) impregnowanych przysłoną; otworki i ścianki tej przysłony są mikro i pozamikroskopowo drobne i unieszkodliwiają bezładnie rozproszone promienie w emulsji filmu, a zatem w każdym



Rys. 1. M. N. l. 15. Craniostenosis. Surdomutitas congenita. S. Zarysy zatoki esowatej i poprzecznej.

punkcie tworzącego się obrazu. Czas ekspozycji wynosił przeciętnie od $^1/_5$ do 5 sek. zależnie od odległości ogniska lampy roentgenowskiej od filmu, natężenia promieni i t. d.

Badania moje obejmowały przypadki powikłań wewnątrzczaszkowych pochodzenia usznego w liczbie 6-ciu. Z tych 1 przypadek ropnia płata skroniowego lewego u dziewczynki L: 12 na tle przewlekłego polipowatego ropienia z ucha środkowego, 2 przypadki ropnia lewej półkuli móżdżku w okolicy lobus biventer: jeden po stronie prawej, 2-gi po lewej na tle przewlekłego ropienia ucha środkowego przy obecności dużego perlaka, 2 przypadki ropni zewn. oponowych na tle przewlekłego ropnego zapalenia ucha środkowego z wybujałościami polipowatemi, wreszcie 1 przypadek zajęcia opony twardej na bardzo ograniczonej przestrzeni, jako powikłanie perlaka, który spowodował ubytek w tegmen tympani. Opis powyższych przypadków kazuistycznych przedstawia się następująco:

Przypadek 1-szy. Dziewczynka lat 12 *S. B.*, którą przywieziono w stanie bardzo ciężkim do naszej kliniki. W wywiadach, zebranych od rodziców, podano, że wyciek z ucha lewego trwał blisko od 10-ciu lat. Dopiero w ostatnim tygodniu wystąpiły silne bóle głowy i gorączka, a przed 3-ma dniami sztywność karku i wymioty. — *St. pr.*: Pacjentka nieprzytomna, na pytania nie reaguje, C. 37. 9 T. 70. słabo napięte. Sztywność karku wybitna. *Kernig, Brudziński, Gordon* dodatnie. Ogólna hyperestezja i dermografizm. Ucho lewe: otoskopowo wydzielina ropna, po oczyszczeniu której widać polip, wypełniający szczelnie światło przewodu zewnętrznego U. prawe bez zmian. Oczopląs samoistny I-go, II-go i III-go stopnia o charakterze poziomo obrotowym. Bolesność na ucisk całego wyrostka sutkowego, oraz okolicy skroniowej lewej przy opukiwaniu. Krew: ilość ciałek białych 18 tys., odchylenie formuły leukocytowej w lewo. Dno oka wykazuje zatarcie zarysów tarczy nn. wzrokowego zwłaszcza po stronie lewej.

W uśpieniu eterowem wykonano zabieg operacyjny doszczętny ucha lewego. Antrum oraz prawie wszystkie komórki sutkowe były wypełnione ropą i ziarniną. Tegmen wykazuje miejsca karjetyczne. Po oddłótowaniu pokrywy jamy bębenkowej natrafia się na ropę w ilości 10 c^3 pod oponą twardą, nie tętniącą i pokrytą ziarniną. W miejscu, odpowiadającem dolnemu zwojowi skroni, daje się zauważyć przetoka wielkości soczewicy, z której po wprowadzeniu zgłębnika wydziela się obficie ropa o wyglądzie szaro-białawym, cuchnąca. Po rozszerzeniu tej przetoki i wprowadzeniu do wnętrza ropnia

Opis przypadku 7-go został przysłany już po złożeniu części pracy. (Red.).

cienkiego wziernika nosowego wydobyto jeszcze około 15 c^3 ropy o wspomnianym charakterze. Bakterjologicznie staphylokoki. Ściany ropnia gładkie, zachyłków brak. Założono dren szklany średniej grubości do wnętrza ropnia. Plastyka przewodu zewnętrznego.

Następnego dnia po operacji daje się zauważyć wciąż jeszcze senność, wyżej przytoczone objawy oponowe utrzymują się. Podmiotowo silne bóle głowy. Obfity wyciek ropy przez dren. Codzienna zmiana opatrunku z przemywaniem jamy ropnia 3% wodą utlenioną. Dożylnie wstrzykuje się cylotropinę w ilości 5 c^3.

Dopiero 2-go dnia po zabiegu stan ogólny znacznie się poprawił. Sztywność karku i senność ustąpiły całkowicie, T. 37. 5.^{0} tętno miarowe, dobrze napięte. Czwartego dnia po zabiegu wypełniono ropień 20% roztworem jodipiny w ilości 3. c^3, a otwór zatkano szczelnie gazą, poczem prof. *Mayer* niezwłocznie wykonał zdjęcie roentgenowskie płata skroniowego w pozycji przednio-tylnej *Stenversa*. Na kliszy (Rys. II) widać wyraźnie owalne zarysy tegoż ropnia, wielkości małej śliwki, umiejscowionego w płacie skroniowym lewym.

Po 2-ch tygodniach z powodu zmniejszonego wycieku dren usunięto i zakładano setony z gazy jodoformowej a następnie z maścią lapisową. W 5-tym tygodniu chora opuściła klinikę z raną na zagojeniu.

Przypadek 2-gi ropnia móżdżku należał tak pod względem przebiegu powikłań, jako też końcowego zejścia bezwątpienia do najcięższych. Chodziło mianowice o chłopca lat 16. *St. P.* z zawodu lejarza, który cierpiał na ropotok obu uszów od 16-tu lat. W 8-ym roku życia miała się wytworzyć na wyrostku sutkowym prawym mała przetoka, z której przez dłuższy czas wyciekała ropa, aż w końcu przetoka ta sama zarosła. Przed mniej więcej 7-miu dniami wystąpiły u tego chorego po zaziębieniu silne bóle głowy, połączone z zawrotami, przyczem chory stracił przytomność podczas pracy, upadł na ziemię, nie mogąc się o własnych silach podnieść. W tym stanie przywieziono go do naszej kliniki.

St. pr: chory średniego wzrostu, blady C. 38,8. T. 100 równe, dobrze napięte. Ucho prawe: zupełny brak błony bębenkowej. W górnej części jamy bębenkowej widać bujanie polipowate ziarniny, wydzielina ropna silnie cuchnąca. Za uchem blizna, pod którą wyczuwa się płaski ubytek kości długości około 2-ch cm. szerokości 1 cm. Ucho lewe: Przewód wypełniony ropą, błona bębenkowa w całości silnie zaczerwieniona, okazuje w środku duży ubytek, przez który



Rys. 2. Przyp. I-szy. S. B. I. 12. Abscessus lobi temporalis. sin. nastrzyknięty lipjodolem (Otitis med. purul. chron. c. polypis, abscessus epiduralis et lobi temporalis sin.

ropa wydostaje się pod ciśnieniem. Dolna część wyrostka sutkowego, a w szczególności apex, oraz okolica emissarium mastoideum na ucisk bolesna, tamże zarysy wyrostka sutkowego wybitnie zatarte. Oczopląs samoistny poziomo-obrotowy II-go stopnia wyraźny. Krew: ilość ciałek białych 17.000, z przewagą ciałek białych wielojądrzastych. Płuca i serce bez zmian.

W uśpieniu eterowem wykonano operację doszczętną lewego ucha. Komórki sutkowe i antrum są wypełnione gęstą żółtawą ropą oraz wybujałościami ziarninowatemi. Po ich oczyszczeniu odsłonięto oponę środkowego dołu czaszkowego, która wykazywała napięcie, oraz zgrubienie i ziarninę od strony tegmen. Funkcja płata skroniowego ujemna. Po odsłonięciu trójkątu *Trautmanna* natrafiono na oponę móżdżku również zgrubiałą i bardziej jeszcze zmienioną, niż to miało miejsce w średnim dole czaszkowym. Punkcja móżdżku zmian nie wykazała, to też po wyskrobaniu całej rany potrepanacyjnej i ucha środkowego zrobiono plastykę przewodu zewnętrznego, ranę zaszyto.

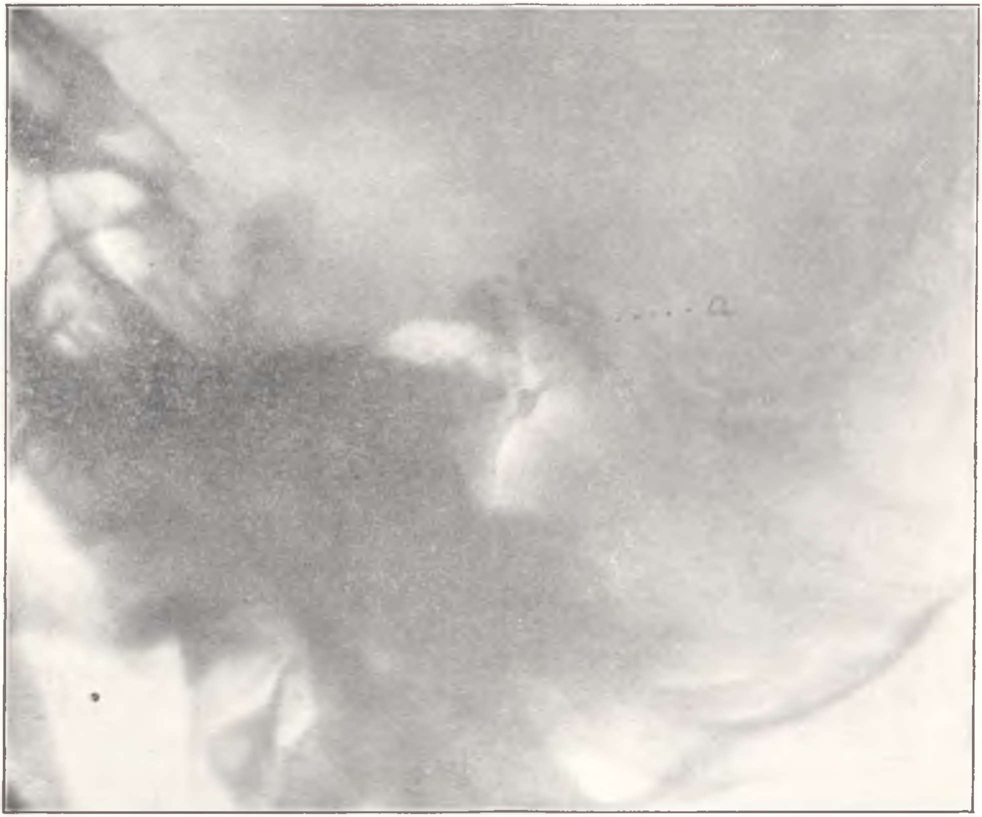
Przez pierwsze 5 dni stan chorego był znacznie lepszy. Dopiero 6-go dnia wystąpiły silne bóle głowy w okolicy potylicy, senność i apatja. C. 39. T. zwolnione, 64 na minutę. Badanie dna oka stwierdziło przekrwienie tarczy nn. wzrokowego po stronie lewej. Neurologicznie daje się wykazać co następuje: źrenice oddziaływują na światło i przystosowanie. Odruchy rogówkowe i spojówkowe obustronnie żywe, po stronie lewej nieco słabsze. Źrenica lewa szersza. Fałd nosowowargowy lewy wygładzony, kąt zaś ust po tejże stronie nieco opadnięty. Zez zbieżny obu oczu, znaczniejszy po stronie lewej. Lewa gałka oczna nie dochodzi w większym stopniu do zewnętrznego kąta oka. Przy ustawieniu oczu w jednym kierunku lewa gałka oczna przyciąga się nieco ku górze. Ustawienie akomodacyjne obu oczu ku środkowi o ruchach powolnych. Odruchy okostnowe z radius dają się z trudnością wywołać, lecz są zachowane. Ścięgniste żywe. Nieco żywsze po stronie lewej. Odruchy brzuszne również żywe. ***Rossolimo*** po stronie lewej dodatni. Uderzenie w ścięgno Achillesa wywołuje clonus pedis spurius. Po prawej to samo. ***Kernig-Gordon*** po lewej zaznaczony, ***Babiński*** również. Samoistne zbaczanie kończyny lewej nazewnątrz. Niedowład wiotki lewostronny. Chód móżdżkowy. Przy wywoływaniu odruchów chory skarży się na bolesność przy dotknięciu. Sztywność karku wyraźnie zaznaczona.

Z powodu podejrzenia na ropień móżdżku ponowna rewizja rany. Zdłutowanie około 2 cm. kości ku tyłowi z usunięciem ziar-

niny na całej przestrzeni. Otwarcie błędnika sposobem *Jansena*. Pod oponą płata skroniowego zauważono warstwę zgęszczonej ropy, która, jak wykazało dalsze dokładne badanie tej okolicy, pochodziła z tylnego dołu czaszkowego. Punkcja móżdżku wykazała w lobus biventer obecność gęstej żółtawej ropy w ilości około 25 c^3. Bakterjologicznie wykazano bac: pseudodiphtheriae. W tem to miejscu nacięto oponę twardą i wprowadzono do jamy ropnia cienki wziernik nosowy w celu dokładnej rewizji ścian ropnia. W chwili rozwarcia wziernika począł się wydobywać z głębi ropnia pod ciśnieniem płyn przezroczysty, odpowiadający płynowi mózgowordzeniowemu. Równocześnie chory przestał oddychać, a tętno szybkie i wprost nieobliczalne wskazywało na ciężki stan zapadowy. Nie ulegało więc wątpliwości, że owo rozwarcie wziernika przyczyniło się do pęknięcia zcieńczałej wewnętrznej ścianki ropnia pod wpływem ciśnienia płynu mózgowo rdzeniowego w kierunku światła IV-tej komory. Natychmiastową silną tamponadą ropnia i przetoki dokomorowej starano się zapobiedz wypływaniu płynu mózgowo-rdzeniowego na zewnątrz. Zastosowano analeptica: lobelinę, coraminę dożylnie, coffeinę domięśniowo, a równocześnie sztuczne oddychanie stosowane przez 20 minut uratowało sytuację — chory począł oddychać, a wzmocnione tętno dozwoliło na dokończenie zabiegu. Przez pierwsze 3 dni chory był bardzo osłabiony. C. wahała się między 38^0 a $37,5^0$. Tętno zaś od 48 — 62 n/m. średnio napięte. Stosowano analeptica, cukier (w ilości 20 c^3), oraz cylotropinę (w ilości 5 c^3) dożylnie. Czwartego dnia po operacji wyciągnięto seton z wnętrza ropnia i zastąpiono go cienkim drenem szklanym, który użyto do powtórnego wprowadzenia i umocowano go zewnętrznie. Następnego już dnia można było wypełnić jamę ropnia 20% roztworem jodipiny w celu wykonania zdjęcia roentgen. Zdjęcie to wykonał prof. *Mayer* w pozycji przystycznej do wyrostka sutkowego i okolicy potylicznej sposobem *Grasheya i Sonnenkalba*. Na załączonej odbitce (Rys. III) widać cień od wprowadzonego do jamy ropnia lipjodolu s ponad drenem szklanym *a*.

Leczenie wewnętrzne polegało w dalszym ciągu na stosowaniu środków nasercowych, jako to: coraminy, kamfory, cukru gronowego, oraz cylotropiny dożylnie — w celu podtrzymania utrzymującego się wciąż jeszcze osłabienia mięśnia sercowego.

Wobec wyraźnych objawów zajęcia opon mózgowych, objawiających się w ciągu następnych dni i wyrażających się sennością, sztywnością karku, zwolnieniem akcji serca do 40 uderzeń na mi-



Rys. 3. Przyp. II. St. P. l. 16. Otitis med. purul. chronica c. polypis. *a* Abscessus cerebelli. Nastrzyknięcie lipjodolem.

nutę oraz objawami *Kerniga*, *Babinskiego*, *Flataua i Gordona*, wykonano nakłucie lędźwiowe i wypuszczono około 35 c^3 płynu mózgowo-rdzeniowego opalizującego, pod ciśnieniem, poczem można było zauważyć znaczną poprawę tętna do 72 uderzeń na minutę. Wynik badania punkta tu przedstawiał się następująco: ilość c. b. w 1 m^3 7,689. Leukocytów 85%, limfocytów 15%, ilość białka 0,12%, ilość globuliny 0,04%, współczynnik białkowy $^1/_2$, Nonne, Pandy--- chlorków 0,67% cukru ślady, Sachs G., Meinecke ujemny. Bakteryj nie stwierdzono.

Opatrunek zmieniano codziennie, wyjmując dren i przepłókując jamę ropnia 3% roztworem wody utlenionej. W obrębie rany potrepanacyjnej zaznacza się wyraźnie wypadnięcie dolnej części móżdżku, odpowiadającej lobus biventer. Dopiero 4-go dnia po nakłuciu lędźwiowem stan chorego zaczął się zwolna poprawiać. Sztywność karku ustąpiła, senność ledwie zaznaczona, natomiast wciąż jeszcze tętno zwolnione, słabo napięte, czasami nieregularne. To też podawano analeptica (digitoksynę po 2 razy dziennie i 2 c^3. ol. camphorat.) w dalszym ciągu, a prócz tego okazała się potrzeba ponownego nakłucia lędźwiowego. Wypuszczono około 40 $c.^3$ płynu klarownego w którym stwierdzono ilość c. b. w 3 m^3 27, przeważnie limfocyty. Ilość białka wynosiła 0,09%, globulin 0,03. Współczynnik białkowy $^1/_2$. Pandy---

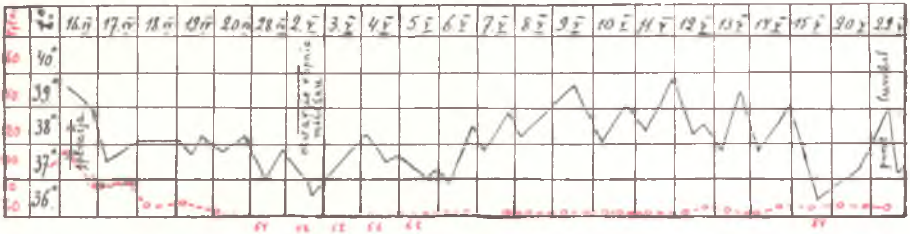
W ciągu następnych dni obraz chorobowy zmienił się o tyle, że oczopląs o charakterze poziomym zaznaczał się wybitnie w obie strony, a prócz tego można było zauważyć wyraźne zwracanie gałek ocznych ku linji środkowej tak zwane conversio oculi utriusque. Ciepłota ranna 36,2^0, wieczorna dochodziła do 39^0. T. 84 nie miarowe dobrze napięte, pomimowolne oddawanie moczu pod siebie.

Z powodu bradykardji i zamroczenia przytomności wykonano ponowne nakłucie lędźwiowe, przyczem wypuszczono około 40 c^3. płynu mózgowo rdzeniowego wyraźnie mętnego. Mimo chwilowej poprawy stanu ogólnego po 2-ch dniach powyższe objawy wróciły i to w stosunkowo większem jeszcze natężeniu. Wybitna senność, tętno zwolnione i nieregularne, źrenice szerokie, gałki oczne nieruchome. Rana pooperacyjna wykazuje jeszcze większy prolaps móżdżku, oraz wydzielinę ropną z przetoki przez dren. W tem stadjum nastąpiło zejście śmiertelne w 6-tym tygodniu od chwili otwarcia ropnia móżdżkowego. *Autopsja* wykazała: Status. post trepanationem procesus mastoidei. Abscesus hemispherii sinistri cerebelli. Perforatio, ossis temporalis regionis pyramidis. Concre-

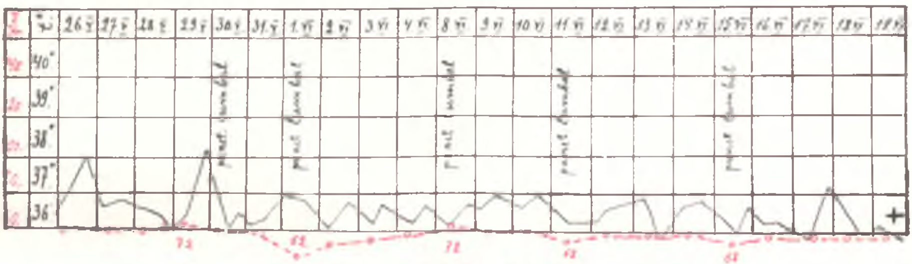
tiones durae matris cum. osse temporalis et piae matris regionis perforationis port trepanationem. Encephalomalacia circumscripta lobi biventer. et semilunaris lateris sin. Bronchitis mycotica et oedema pulmonis utriusque. (Patrz krzywą 1).

W przypadku 3-cim chodziło o chłopca lat 16 *D. W.*, u którego na tle dużego perlaka przyszło do wytworzenia się zakrzepowego zapalenia zatoki esowatej i ropnia móżdżku. Chorego przywieziono do naszej kliniki w stanie ciężkim. C. 38,9. T. 120 nieregularne, silne bóle głowy, połączone z zawrotami i niemożnością utrzymania równowagi, oczopląs wyraźnie się zaznaczający o charakterze poziomo obrotowym I, II i III-go stopnia. Otoskopowo stwierdza się w uchu prawem twory polipowate, wypełniające szczelnie przewód zewnętrzny. Poza małżowiną uszną rozlany obrzęk i zaczerwienienie, sięgające w dół, aż do górnego przyczepu sternocleido-mastoidei, oraz ku tyłowi na 4-ry palce poza małżowiną uszną, na ucisk bolesny. Objaw przetokowy ujemny. W uchu lewem również ropa w większej ilości, oraz ziarninowate zgrubienia śluzówki. Wyrostek sutkowy lewy bez zmian. Bolesność na ucisk okolicy żyły jarzmowej na szyji. Słuch: $V\frac{0}{0}$ $C_{32}\frac{0}{0}$ $C_{64}\frac{0}{0}$ $C_{128}\frac{0}{0}$ $C_{1}\frac{0}{6}$ $C_{2}\frac{0}{22}$ $C_{3}\frac{0}{17}$ $C_{4}\frac{0}{12}$ $C_{5}\frac{0}{7}$ Web. w gł., Schw. $^{17}/_{32}$ Ri. — Krew: ilość ciałek białych 13,750 wielojądrzast. 73%, eoz. 0%, limtoc. 22%, monocyt. 5%, tucznych 1% Zdjęcie roentgenem (Rys. IV): wykonane w pozycji przystycznej do wyrostka sutkowego okolicy potylicznej sposobem *Sonnenkalba*, wykazało w obrębie antrum i całego wyrostka sutkowego, aż poza cień zatoki esowatej dwa owalne przejaśnienia, łączące się ze sobą na kształt 8-ki, z których każde odpowiada nagromadzeniu zropiałych mas perlakowatych. Zarysy tegoż ropnia gubią się w dolnej części tylnego dołu czaszkowego. Zatoka esowata wykazuje w obrębie tych właśnie przejaśnień wyraźnie zatarte zarysy. Oglądając kliszę pod światło (jak wiadomo na odbitkach nie uwidaczniają się najdelikatniejsze szczegóły tak wyraźnie, jak na pierwotnym negatywie) odnosi się wrażenie, jakoby cień zatoki esowatej doznał przerwania w miejscu owego przejaśnienia i to na dłuższej przestrzeni a mianowicie: od zgięcia tylnego, aż po opuszkę żyły jarzmowej. Antrum zlewa się z owem przejaśnieniem górnem, większem, na dowód, że masy perlakowate wypełniają także jego światło.

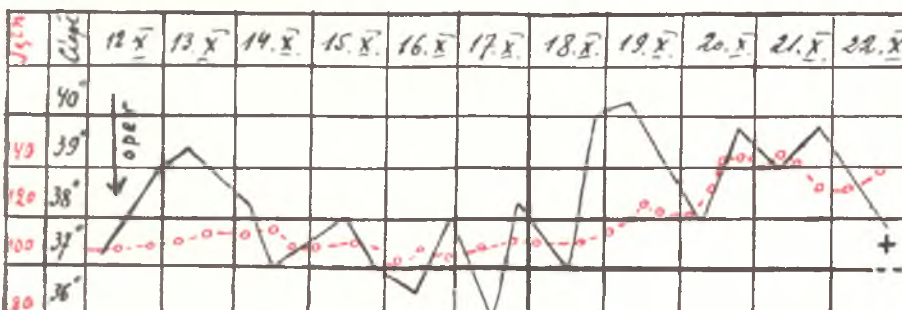
Podczas zabiegu operacyjnego natrafiono już po oddłutowaniu cienkiej warstwy zewnętrznej perlak wielkości dużego orzecha włoskiego, złożony z 2-ch części, górnej większej, sięgającej od przodu



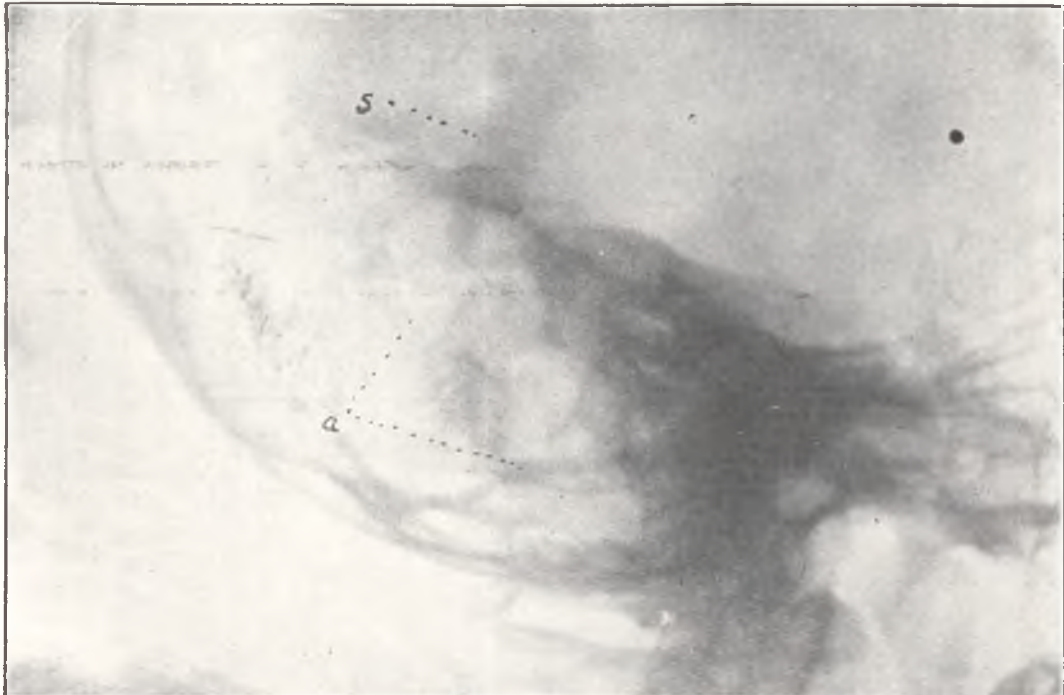
Krzywa 1.



Krzywa 1 (ciąg dalszy).



Krzywa 2.



Rys. 4. Przyp. III. W. D. I. 16. Otitis med. purul. chr. bilater. Cholesteatoma. Thromboplebitis sinus sigmoidei sin. *a* Zarysy perlaka. *s* Zarysy zatoki esowatej.

do antrum, od góry na ograniczonem miejscu przez mały ubytek w tegmen tympani pod oponę twardą średniego dołu czaszkowego a od tyłu do zatoki esowatej. Ta ostatnia wykazywała ścianę zmienioną, pokrytą na całej przestrzeni ziarniną. Po usunięciu tych mas perlakowatych można się było przekonać, że zatoka esowata była zaczopowana przez skrzep, rozciągający się w okolicę aż przed opuszkę żyły jarzmowej. Nadto w tylnym dole czaszkowym natrafiono na ropę, wydobywającą się pod ciśnieniem w okolicy podoponowe móżdżku. Okolica ta odpowiada 2-giej mniejszej części perlaka na zdjęciu. Po wypuszczeniu tej ropy w ilości około 10-ciu $cm.^3$ stwierdza się nakłuciem ropień powierzchowny w obrębie lobus biventer wielkości dużej fasoli. W miejsce to po nacięciu opony twardej wprowadzono cienki drenik gumowy, poczem nacięto jej ścianę na przestrzeni 2,5 cm., skrzep zaś usunięto przez wyłyżeczkowanie ścian zatoki ku górze i ku dołowi aż do płynnej krwi. Zatokę esowatą wytampowano szczelnie przy zgięciu górnem i w miejscu opuszki żyły jarzmowej.

Stan po operacji przez 1-sze 5 dni był zadawalniający. Ciepłota wahała się m. 36.8^0 a 38^0. T. około 100, dobrze napięte, miarowe. (Patrz krzywą 2). Opatrunek zmieniano codziennie, przemywając ropień i ranę 30% rozczynem wody utlenionej, wstrzykiwano elektrargol oraz cukier dożylnie. Dopiero 5-go dnia wystąpiły dreszcze, bóle w prawej połowie klatki piersiowej a ciepłota podniosła się do 40^0. Wypukowo dało się stwierdzić stłumienie po stronie prawej kąta łopatki w dół, tamże szmery oddechowe znacznie osłabione, nieliczne drobnobańkowe rzężenia. Nakłucie opłucnej z wynikiem ujemnym.

Następnego dnia stan chorego uległ znacznemu pogorszeniu, ciepłota utrzymywała się przy 40^0. T. 100, słabo napięte, senność a prócz tego wystąpiło porażenie n. odwodzącego lewego, połączone z silnemi bólami wzdłuż wszystkich gałązek n. trójdzielnego po tejże stronie. Posiew krwi był od początku stale ujemny.

Chodziło więc w danym przypadku niewątpliwie o zakrzep zatoki jamistej w następstwie posuwającego się procesu zapalnego opon na podstawę mózgu. Mimo natychmiastowej operacji ucha lewego w uspieniu rektalnem, polegającej na szerokiem odsłonięciu przestrzeni podoponowej w trójkącie Trautmanna oraz w kierunku szczytu piramidy (sposobem Jansen Neumanna) nie udało się powstrzymać ani tem mniej złagodzić powyższych objawów nerwowych porażennych. Antrum i komórki sutkowe wypełnione ropą oraz masami polipowatemi. Zastosowano dożylnie elektrargol oraz ana-

leptica. Następnego dnia wystąpiło już wyraźne porażenie całego nerwu okoruchowego i nerwu twarzowego po stronie lewej, prócz tego wytrzeszcz gałki ocznej lewej, źrenica rozszerzona, na światło nie oddziaływa. Badanie dna oka wykazało wyraźną tarczę zastoinową po tejże stronie. W ranie potrepanacyjnej ucha prawego wystąpiło na 2 dni przed śmiercią krwawienie z małej gałązki tętnicy oponowej w średnim dole czaszkowym, które ustąpiło po założeniu tamponu.

Wkrótce po tem stan chorego uległ znacznemu pogorszeniu. C. 39. 5^0. T. 120 słabo napięte, nieregularne. Zupełna nieprzytomność. Następnego dnia exitus.

Rozpoznanie anat-patologiczne brzmi następująco: Status post operationem radicalem processus mastoidei bilaterum Abscessus epiduralis et abscessus corticalis cerebelli lobi biventris dextri. Leptomeningitis purulenta basilaris. Thrombophlebitis sinus cavernosi petrosi et recti. Bronchopneumonia et pleuritis dx. Degener. parenchymat. organ. Tumor lienis septic.

Dwa dalsze przypadki t. j. 4-ty i 5-ty dotyczyły powikłań wewnątrzczaszkowych, pod postacią ropni podooponowych w następstwie przewlekłej sprawy zapalnej ucha środkowego. A mianowicie w przypadku 4-tym chorego lat 52 M. G., z zawodu robotnika, chodziło o przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego prawego z wytworzeniem się polipów, w przebiegu którego przyszło do zajęcia wyrostka sutkowego wśród ciężkich objawów ogólnych (C. 39^0 T. 100) oraz silnych bolów głowy, zwłaszcza po stronie prawej, zawrotów głowy i oczopląsu samoistnego III-go stopnia. Zdjęcie Roentg. (R. V) wykonane w ułożeniu *Sonnenkalba* wykazało na kliszy cień wielkości 2-złotówki ponad płatem skroniowym prawym, sięgający ku tyłowi aż poza zatokę esowatą. Tuż ponad tegmen cień ostrzejszy o zarysach trójkątnych, świadczy prawdopodobnie o bezpośredniem sąsiedztwie tegoż ropnia z uchem środkowem przez przetokę w pokrywie jamy bębenkowej. Podczas operacji stwierdzono ropę pod ciśnieniem z antrum, ubytek w tegmen, a po jego rozszerzeniu ropień zewnątrzoponowy, sięgający ku zatoce esowatej. Ściany zatoki bez zmian. Przebieg pooperacyjny dobry, chorego wypisano w 4-tym tygodniu pobytu z raną na zagojeniu.

Natomiast w podobnym do wyżej opisanego przypadku 5-tym mieliśmy do czynienia z powikłaniem wewnątrzczaszkowem o wiele cięższem i to zarówno co do przebiegu jak i końcowego zejścia. Opis tego przypadku przedstawia się pokrótce następująco. Chory



Rys. 5. Przyp. IV. M. G. I. 52. Otitis med. purul. chron. dextra. Abscessus epiduralis. *a* Zarysy ropnia zewnątrzoponowego.

W. M. lat 31, z zawodu rolnik, cierpiał na ropotok ucha prawego od 13-tu lat po przebytej grypie. Przed 3-ma tygodniami wystąpiły nagle silne zawroty głowy, połączone z utratą przytomności i wymiotami, które trwały przez 19 dni, poczem chory czuł się bardzo osłabiony. Do tego przyłączyły się jeszcze w ostatnich 3-ch dniach silne bóle głowy po stronie prawej.

Stan ucha w chwili przybycia przedstawiał się następująco. C. 38^0 T. 96 dobrze napięte. Przewód zewnętrzny ucha prawego wypełniony gęstą ropą, po jej oczyszczeniu wyrośla polipowate w uchu środkowem, wyrostek sutkowy przy obmacywaniu bolesny o zarysach w okolicy szczytu zatartych. Objawu przetokowego brak. Oczopląs samoistny III-go stopnia w lewo. Stroiki znacznie osłabione. C_5 niesłyszalne. *Weber* w gł., *Ri-*, *Schwb.* po prawej stronie przedłużony. Zbaczanie palca w bok i w prawo. *Romberg* w tył i w prawo. Dno oka: początek tarczy zastoinowej po stronie prawej. Krew: ilość c. b. 11250, wielojądrz. 87%, limfoc. 9%, monocytów 4%, przesunięcie formuły *Arnetha* w lewo: 12, 50, 33, 4, 1. Przy operacji doszczętnej stwierdza się ropę w antrum oraz wyrośla polipowate w uchu środkowem. W tegmen tympani mały ubytek, przez który sączy się wydzielina ropna z przestrzeni podoponowej. Odsłonięcie opony twardej w temże miejscu wykazało około $1^1/_2$ c^3 ropy. Sama zaś opona pokryta ziarniną, tętni prawidłowo. Próbne nakłucie w kierunku płata skroniowego z wynikiem ujemnym. *Sinus* bez zmian. Piątego dnia wystąpiły nagle dreszcze, po których ciepłota podniosła się do $39,8^0$ T. 96 dobrze napięte, a równocześnie dało sie zauważyć żółtaczkowe zabarwienie skóry. Okolica żyły jarzmowej prawej niebolesna. Płuca bez zmian, natomiast wątroba powiększona i na ucisk bolesna.

Następnego dnia dokładna rewizja całej rany pooperacyjnej z odsłonięciem zatoki esowatej ku tyłowi oraz ku dołowi aż do opuszki żyły jarzmowej, która zmian żadnych nie wykazywała. Tymczasem ciepłota przybrała charakter wybitnie pyemiczny, a wobec żółtaczki i wzmagającej się bolesności wątroby, trzeba było przyjąć ropnie przerzutowe wątroby jako powikłanie wyżej opisanych zmian w uchu środkowem i jego sąsiedztwie. Stosowano dożylnie elektrargol, NaCl 10%—oraz analeptica. Nerki bez zmian. Rana potrepanacyjna goiła się prawidłowo.

Pod koniec 3-go tygodnia stan chorego uległ znacznemu pogorszeniu. Ciepłota o charakterze pyemicznym dochodziła do 40^0 T. 120 nieregularne, słabo napięte, pomimo stosowania licznych

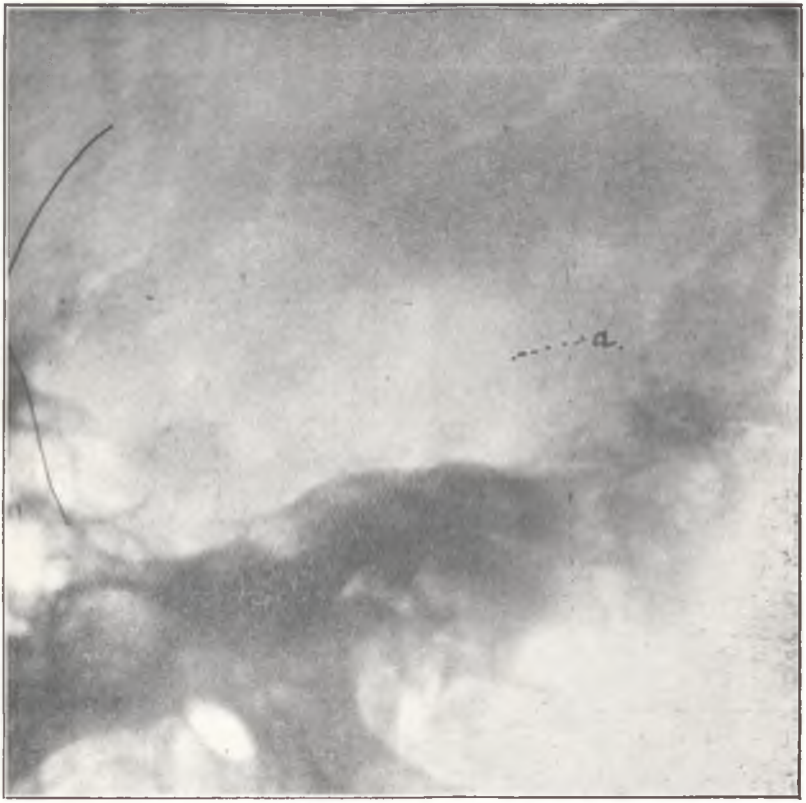
środków nasercowych. W dolnych płatach płuc stłumienie zwłaszcza po stronie prawej, tamże wilgotne drobnobańkowe rzężenia. Próbne nakłucie opłucnej zmian nie wykazało. Od czasu do czasu zjawiało się lekkie zamroczenie świadomości, natomiast nie udało się wykazać żadnych objawów oponowych przez cały ciąg choroby, a płyn mózgowo-rdzeniowy był czysty i nie wykazywał zmian zapalnych. Chorego chciano przenieść do kliniki chorób wewnętrznych celem leczenia wewnętrznego, lecz na własne żądanie oraz najbliższej rodziny powrócił do domu, gdzie niebawem zmarł.

Zdjęcie roentgenowskie, wykonane w pozycji *Sonnenkalba* wykazuje (R. VI) na kliszy podobnie jak w przypadku 4-tym duży cień owalny ponad tegmen tymp., sięgający ku tyłowi do zatoki esowatej Cień ten odpowiada rozmiarom ropnia zewnętrznego oponowego.

Wreszcie w przypadku 6-tym dziewczyny lat 17, H. Kr., duży perlak wielkości orzecha włoskiego, umiejscowiony w antrum i najbliższych komórkach sutkowych, wywołał przebicie tegmen tympani na ograniczonej przestrzeni oraz zmiany zapalne na oponie twardej. Zdjęcie roentgenowskie, wykonane w pozycji przystycznej do wyrostka sutkowego (R. VII) i kości skroniowej, wykazało na kliszy wyraźne przejaśnienie w obrębie antrum oraz samego wyrostka sutkowego, odpowiadające zarysom perlaka. *Sinus* bez zmian, otoskopowo dało się stwierdzić opadnięcie tylno-górnej ściany przewodu zewnętrznego, ziarninę oraz masy polipowate w uchu środkowem prawem. Stroiki, a zwłaszcza C_5, znacznie skrócone. Oczopląsu samoistnego brak. *Romberg* w prawo. Silne bóle głowy po całej stronie prawej promieniujące ku przodowi oraz do szczytu głowy.

Podczas operacji doszczętnej natrafiono na zniszczenie komórek okołoantralnych, wypełnionych obficie ropą. Po ich oddłótowaniu w górę i ku tyłowi okazało się, że mamy do czynienia z perlakiem wielkości małej śliwki, sięgającym w górę do tegmen i ku przodowi do jamy bębenkowej. Mały ubytek w tegmen tympani, w obrębie której widać zgrubiałą oponę twardą, pokrytą ziarniną. Po usunięciu mas perlakowatych, zrobiono plastykę przewodu zewnętrznego sposobem *Brühl-Passowa* i ranę za uchem zaszyto. Przebieg gojenia się dobry, chora opuściła klinikę po 2c-h tygodniach z raną na zagojeniu.

Ostatnio miałem sposobność operować przypadek ropnia móżdżku u chłopca l. 12. Ant. U. przywiezionego do kliniki naszej w stanie bardzo ciężkim. W wywiadach zebranych od rodziny ustalono, iż wyciek ropny z ucha lewego, trwający od 2-ch lat, w ostat-



Rys. 6. Przyp. V. W. M. l. 31. Otitis med. purul. chron. dextra c. polypis. Abscessus epiduralis dexter.



Rys. 7. Przyp. VI. H. Kr. I. 17. Otitis med. purul. chron. c. polyp. Cholesteatoma. Pachymeningitis circumscripta l. dextri. *a* Zarysy perlaka powodującego uzurę w tegmen.

nich 2-ch tygodniach znacznie się pogorszył, przyczem wystąpiły silne bóle głowy, a od kilku dni także wymioty i senność. Badanie kliniczne wykazało: Chory apatyczny, senny, na pytania odpowiada trafnie. C: 36.8, T: 120, słabo napięte. Oddech nasilony. Płuca, serce, oraz narządy jamy brzusznej zmian nie wykazują. Chory skarży się przy najmniejszem poruszeniu na silny ból głowy. Obmacywaniem i opukiwaniem stwierdza się bolesność całego wyrostka sutkowego lewego oraz okolicy potylicy po tejże stronie. Przewód zewnętrzny lewy wypełniony cuchnącą ropą, po oczyszczeniu której widać szczelinowatą perforację w tylnym odcinku błony bębenkowej, w uchu zaś środkowem ziarninę. Zarysy wyrostka wyraźnie macalne. Badanie stroikowe wykazuje pobudliwość (ilościowo) znacznie obniżoną zwłaszcza na tony dolne. *Weber* (C) lateralizowany w stronę ucha chorego. *Schwabach* (C) przedłużony. Ri. skr. + +. Objaw przetokowy ujemny. Oczopląs samoistny poziomy w stronę ucha chorego. Przy poruszaniu głową daje się wykazać wyraźna sztywność karku. Odruchy brzuszne i ścięgniste wzmożone, *Kernig, Brudziński* dodatni, *Babiński, Oppenheim Rossolimo* ujemny. *Facialis* lewy bez zmian. Dno oka wykazuje lekkie przekrwienie tarczy po stronie lewej. Po oddłótowaniu zewnętrznych warstw wyrostka sutkowego natrafia się na kość gąbczastą silnie przekrwioną. Antrum szerokie, wypełnione ziarniną i masami perlakowatemi, tegmen jak również ściana zatoki esowatej i opona środkowego dołu czaszki zmian nie wykazuje. Oddłótowanie tylnej ściany i wyskrobanie mas polipowatych w uchu środkowem wraz ze spróchniałemi kosteczkami. Po odsłonięciu trójkąta Trautmanna otwarło łuk tylny wraz z przylegającą częścią błędnika sposobem Jansena II i bez otwierania ślimaka, przyczem okazała się nitka wydzieliny ropnej, pochodząca prawdopodobnie z okolicy saccus endolymfat. Opona tylnego dołu czaszki silnie przekrwiona. Próbne nakłucie w kierunku lobus biventer wykazało ropę o wyglądzie brudno zielonym, silnie cuchnącą, którą wyaspirowano w ilości 8-miu cm^3. Badanie bakterjolog. ropy stwierdziło obecność laseczek Gram + i Gram —, oraz ziarenkowców Gr. +. Miejsce próbnego nakłucia rozszerzono nacięciem opony twardej na przestrzeni 3 mm. w które włożono 2 cienkie dreniki gumowe o średnicy 1,5 mm. Następnego zaś dnia zastąpiono je drenikiem gumowym szerszym o średnicy 3 mm. przez który ropa wypływa swobodnie na zewnątrz. Podczas zmiany I-go opatrunku wstrzyknięto do jamy ropnia roztwór 20% jodipiny w ilości około 3 c^3, który utrzymano przy pomocy tamponady paskiem gazy jodoformowej, przetoki oponowej tegoż

ropnia. Jak wykazuje zdjęcie roentgenowskie ucha w 2 płaszczyznach frontalnej i bocznej sposobem *Grasheya i Sonnenkalba*, jama ropnia wypełniona powyższym płynem kontrastowym przedstawia zarysy podłużne w miejscu odpowiadającem położeniu przedniej części lobus biventer. Codzienna zmiana opatrunku (w pozycji siedzącej chor w celu ułatwienia odpływu i zgłębnikowania zachyłków tegoż ropnia), przemywanie 3% rozcz. H_2O_2 następnie drenaż drenikiem gumowym o średnicy 4 mm. Stan chorego już na dzień następny po zabiegu znacznie się poprawił. Ciepłota waha się m. 36.8^0 a 37^0. Tętno 76 miar. Senność oraz objawy oponowe ustąpiły całkowicie. Wypływ ropy ulega z każdym dniem znacznemu zmniejszeniu. Chory pozostaje w łóżku w pozycji siedzącej, co ułatwia odpływ wydzieliny na zewnątrz. W chwili oddania powyższej pracy do druku stan chorego co dzień lepszy, nie budzi żadnych obaw co do ewentualnych powikłań ze strony opon i mózgu i daje najpomyślniejsze rokowanie odnośnie do dalszego przebiegu choroby.

Z opisu tych kilku przypadków powikłań wewnątrzczaszkowych na tle przewlekłego zapalenia ucha środkowego łatwo zdać sobie sprawę z trudności, jakie nastręcza nietylko technika roentgenowska badania ucha i jego najbliższego otoczenia, lecz również należyte odczytywanie zmian chorobowych na zdjęciu. Co się tyczy tego pierwszego czynnika, to jak widzieliśmy, zależy on przedewszystkiem od ułożenia chorego, a następnie od czasu expozycji, dla każdej niemal części narządu słuchowego odmiennej. Różnice te wynikają z topografji kości skalistej, jej zawiłej budowy i stosunku poszczególnych odcinków ucha środkowego i wewnętrznego do najbliższego otoczenia. Ten drugi warunek wkłada na badającego obowiązek dokładnego zaznajomienia się z odczytywaniem zmian chorobowych na kliszy i ich należytą oceną w odniesieniu do rozpoznania klinicznego. O ile bowiem w przypadkach typowych rozpoznanie roentgenowskie zmian w narządzie słuchowym i powikłaniach wewnątrzczaszkowych z niemi związanych, opiera się wyłącznie na technice dokładnego uchwycenia tych subtelnych odcieni na zdjęciu, to w wielu razach jest ona niewystarczająca. Musimy się wówczas uciec do badania encephalograficznego (wprowadzenie powietrza czy tlenu do komór mózgowych, względnie uwidocznienia za pomocą płynów kontrastowych jodipiny czy lipjodolu) żądanych szczegółów. Sposób ten znalazł zastosowanie zwłaszcza przy roentgenografji ropni mózgu i móżdżku pochodzenia usznego. W końcu muszę zaznaczyć, iż deli-



Rys. 8. Chłopiec 12 letni U. Ant. Otitis med. pur. chron. cum polypis. Abscessus cerebelli lobi bivent. n. *a*. Jama ropnia wypełniona lipjodolem, *b* jama po trepanacji.
Zdjęcie boczne przystyczne, sposobem Grashey-Sonnenkalba.

katne szczegóły na kopjach tu załączonych są, jak to zwykle bywa, o wiele mniej wyraźne niż na oryginalnych roentgenogramach.

Panu Profesorowi Dr. K. Mayerowi, Dyrektorowi Zakładu Roentgenologji U. P. za sporządzenie roentgenogramów oraz cenne wskazówki do powyższej pracy składam tą drogą należne podziękowanie.

Piśmiennictwo.

Brünings. Stereoröntgenographische Schnellaufnahmen d. Felsenbeins am Lebenden. Verh. d. Ges. Deutscher Hals, Nasen u. Ohrenarzte. 1910. Busch: Neue Roentgenaufnahmen v. Schlafenbein am Lebenden: Passsors Beitr. 1910. Fischer-Sgaalitzer: die Roentgeographie d. Warzenfortsatzes. Passows Beitr. 1920. Hirtz: La radiographie de la base du crane. Journ. de radiologie et electrolog. 1922. Lannois-Arcelin: L'exploration radiologique de la mastoide et du rocher. Ann. de malad. de l'orellle. 1922. E. G. Mayer: Ergebnisse d. roentgen. Untersuchung d. Schlafenbeis b. Erkrankungen d. Ohres Fortschr. a. d. Gebiet d. Roentgenstr. 1924. Certel: Kurze Bemerkungen über die Verwendbarkeit d. Roentg. photographie in d. Rhino-Otologie Passows Beitr. 1910. Deutsch L. u. E. G. Mayer. Beitr. z. roentgenolog. Darstellung d. Schlafenbeins. Mon. f. Ohrheilk. u. Lar-Rhinolog. 1923. Ci sami. Zur Roentg. unters. operierter Schlafenbeine: Fortschr. auf d. Geb. d. Roentgenstrahlen. 1925. Eisinger u. E. G. Mayer: Die Roentgen. Untersuchungen b. d. acut. otitis. med.: Mon. f. Ohrhde u. Lar-Rhinolog. 1927. H. 1. E. G. Mayer: Die Roetgenaufnahmen d. Warzenfortsatzes u. ihre klin. Bedeutung. Passows Beitr. 1923. E. G. Mayer. Über destructive Veränderungen an d. Pyramidenspitze be˙ basalen Tumoren Fortschr. a. d. Geb. d. Roentgenstrahlen 1924. E. G. Mayer: Über Atresien d. aüsseren Gehörgangs. Ibidem. E. G. Mayer: Über d. Roentgenbefund bei d. chron. otitis. med. Fortschr. a. d. Geb. d. Roentgenstrahlen. 1925. E. G. Mayer: Differentiałdiagn. Erwägungen bei ausgedechten destri Veränderungen am Schläfenban Fortschr. a. d. Geb. d. Roentgestr. 1925. O. Mayer: Roentgenogr. Darstellung d. Ausdehnung v. Schläfenlappenabsc. Verh. d. deutsch otolog. Ges. 1925. G. Pottmann-Retrouvey: La chapele, Etude radiographique de la trompe d'Eustache Revue de laryng. d'otolog. rhinolog. 1923. Reverchon et Worms: Etude radiographique des atteintes de l'apophyse mastoid. dans les otites aigues et chron. Societ. de laryng. otolog. Paris. 1923. Siccard-Forestier: Journ. belge de radiologie. XIV. 1925. Sonnenkalb: Die Roentgendiagnostik d. Hals-Nasen-Ohrenarztes. 1914. Stenvers: Über die Technik d. Roentgenologie d. Augenhohle u. d. Felsenbeis. A. f. Ohrhde. 1919. Schuller A. Die Roentgendiagnostik d. Gehororgans. Handb. d. Neurologie. p. Ohres Alexander-Marburg. 1924. Solal et Jaubert de Beaujen: Anomalie rare de la mastoide. Bul. et mem. de la soc. radiologie med. de Françe. 1924. Steurer: Das Roentgenbild d. Warzenfortsarzes u. seine klin. Bewertung. Verh. d. Vereins deutsches otol. Ges. 1925. Graupner. Zur Roentgenographie d. Warzenfortsatzes: Passows Beitr. 1920.

Bliźnięta a otorinolaryngologja

podał DYONIZY HELLIN
Profesor Wolnej Wszechnicy Polskiej *)

Dziwnym i na pierwszy rzut oka niezrozumiałym zapewne wyda się Sz. Panom tytuł dzisiejszego odczytu. Mnie sprawa bliźniąt uderza tu mniej, choćby dlatego, że odkrycie przyczyny ich powstawania stanowiło jedną z pierwszych moich prac naukowych. Nic więc dziwnego, że zainteresował mnie temat powyższy.

Powstała mianowicie w ostatnich czasach całkiem nowa nauka-badanie dziedziczności pod względem anatomo—i fizjologopatologicznym na zasadzie analogji i podobieństwa, spostrzeganych u bliźniąt. Ta nowa kraina, ta nowoodkryta ziemia jest wprawdzie znana poniekąd od czasu ukazania się prac Galtona, a zatem z przed pięćdziesięciu laty, lecz dopiero od 1913 roku systematycznie uprawiać ją zaczęto. Trudność stanowi tu szczupła liczba odpowiednich przypadków. Należy bowiem zaznaczyć, że w sprawie naszej chodzi tylko o bliźnięta jednojajkowe, nie zaś o dwujajkowe. Bliźnięta bowiem dwujajkowe znajdują się względem siebie w takim samym stosunku, jak dwaj oddzielni potomkowie, jak bracia i siostry, podczas gdy bliźnięta jednojajkowe są to twory identyczne, tak jak potwory bliźniacze **). Otóż podczas gdy jeden poród bliźniaczy zdarza się raz na 90 porodów wogóle, jeden poród bliźniaczy *jednojajkowy* przypada na mniej więcej 12 porodów bliźniaczych, czyli raz na 1100 porodów pojedyńczych. Wobec stosunkowo znacznej śmiertelności bliźniąt wogóle, a jednojajkowych w szczególe i biorąc pod uwagę, że badaniu w naszej sprawie podlegać mogą bliźnięta dopiero poczynając od mniej więcej szesnastego roku życia t. j. gdy rozwój osiąga pewne zakończenie, należy przypuszczać, że z bliźniakami jednojajkowemi spotykamy się w praktyce raz na kilkanaście tysięcy chorych.

W braku odpowiednich danych anamnestycznych co do pochodzenia bliźniąt od jednego czy od dwóch jajeczek, należy kierować się

*) Odczyt wygłoszony na posiedzeniu warszawskiego Tow. otolaryngologicznego w dniu 28.XI.1929 r.

**) Różnica pomiędzy bliźniętami dwujajkowemi bywa tem większa, im więcej domieszki cudzej ma w rasie swej dana ludność. Np. w Szwecji, która jest rasą północną dość czystą, spotykamy się w daleko mniejszym stopniu z przeciętną różnicą pomiędzy obydwoma bliźniętami dwujajkowemi, aniżeli wśród melanżu ludnościowego współczesnych wielkich miast.

tem, że bliźnięta *jednojajkowe* są zawsze jednej płci, podczas gdy u bliźniąt *dwujajkowych* płeć może być zarówno jednakowa jak i rozmaita, a także i tem, że bliźnięta jednojajkowe są zawsze do siebie podobne.

Nadzwyczajne podobieństwo bliźniąt jednojajkowych daje się wytłumaczyć tylko przez założenie zgodności w wysokim stopniu budowy obydwóch zarodków drogą dziedziczności. Następuje tu podział jednej komórki zarodkowej na dwie części. Powstawanie bliźniąt jednojajkowych przypomina rozmnażanie się roślin. Różnice zatem między bliźniętami jednojajkowemi, tak samo jak i u potworów bliźniaczych, z którymi mają zresztą dużo wspólnego pod względem powikłań, mogą być tylko natury paratypowej, są wynikiem warunków otoczeniowych t. j. różnice te nie są dziedziczne, nie są genotypowe. Różnice powstać tu mogą tylko bądź na tle *pierwotnego* nierównego podziału jajeczka, bądź wskutek *późniejszej* zmiany części składowych płodów. Przy badaniu bliźniąt jednojajkowych należy zatem brać pod uwagę różnicę w wadze przy urodzeniu, różnicę w odżywianiu, przebywanie w jednej i tej samej miejscowości, w jednym i tym samym domu i różnicę zawodu, jakie sobie każde z bliźniąt obrało, bo różnice te wpływają na powstawanie różnic w budowie i czynności organizmu. Na podstawie wyżej przytoczonych danych wyjaśnić możemy, jakie anomalje powstają drogą dziedziczności, i czy pewne choroby rozwijają się na tle specjalnej budowy organizmu, jakie zaś wywołane zostają przez warunki zewnętrzne.

Podobieństwo pomiędzy bliźniętami istnieje nietylko pod względem budowy anatomicznej, jak np. co do wzrostu, pod względem wagi, zabarwienia włosów, uwłosienia, barwy oczu i skóry, linji na skórze palców, rysów twarzy. Podobieństwo to widzimy i pod względem psychicznym, co do upodobania do sztuk pięknych, szczególniej do muzyki, zdolności do nauki, pod względem charakteru i usposobienia. Nawet charakter pisma bywa tu zwykle jednakowy. Bliźnięta wykazują również upodobanie do tych samych potraw, czyli że i zmysł smaku rozwinięty tu jest w jednakowym kierunku.

Wszystkim znane jest podobieństwo *zdrowych* bliźniąt, dla naszych badań ważne jest podobieństwo *chorób* bliźniąt. Patologja bliźniąt jest tylko specjalnym przypadkiem patologji rodzinnej.

W specjalności naszej jest cały szereg zjawisk, na które należy zwracać uwagę. A więc przedewszystkiem: głos, barwa i wysokość

jego, wiek, kiedy każde z bliźniąt zaczęło mówić, okres mutacji. Badania w tym kierunku robione wykazały, że umiejętność mówienia zależna jest w większym stopniu aniżeli nauczenie się chodzenia, od wpływów paratypowych. Głos u bliźniąt jednojajkowych jest nadzwyczaj podobny. Błędna wymowa spowodowana jest przedewszystkiem przez warunki genotypowe. Charakterystyczną jest współrzędność miedzy jąkaniem się, które należy zarówno do cech dziedzicznych jak i indywidualnych, a mańkuctwem. Postać i położenie języczka, symetrja względnie asymetrja postaci małżowin usznych, odstawanie, długość i szerokość ich i wysokość położenia również nas interesować tu mogą, także guzek Darwina i poszczególne części małżowin usznych, a więc obrąbek ucha i grobelka, skrawek i przeciwskrawek, przyrośnięcie koniuszczka ucha, przerost migdałów podniebiennych i wyrośli gruczołowatych, skrzywienie przegrody nosowej, polipy nosowe, nieżyt sienny nosa, przewlekły zanikowy nieżyt nosa, nieżyty trąbki słuchowej, skłonność do anginy, skłonność błony bębenkowej do zwapnienia, otoskleroza, budowa jamy i kośćca głowy, także oczopląs.

Dalej interesować nas może, kiedy pierwszy raz wystąpiły zęby u każdego z bliźniąt, rozmaitość w upodobaniach smakowych. Co do znamion (naevi), to jest to zjawisko pod względem ilości, umiejscowienia i postaci, nie dominujące, lecz paratypowe, natomiast piegi należą do właściwości dominujących.

Badania wykazały, że rozdwojenie wargi górnej i podniebienia zdarzyło się na 204 porody bliźniacze u dwujajkowych bliźniąt rozmaitej płci trzy razy (z tych tylko 1 raz u jednej pary, zresztą pojedyńczo), u jednojajkowych pięć razy, zawsze jednak anomalje te były położone u nich tak, jak u potworów podwójnych t. j. w sensie odbicia lustrzanego, co dowodzi, że powstają one w stadjum blastuli naskutek podwójnej gastrulacji, dzielenie następuje tu wzdłuż osi podłużnej zarodka. U jednojajkowych więc dowiedziona tu jest dziedziczność, przyczem występuje ona tu niezupełnie regularnie jako dominata, lecz po części jest recesywną. Opisano u jednojajkowych bliźniąt symetryczne otwory na granicy twardego i miękkiego podniebienia, które również były i u innych członków rodziny czyli, że mamy tu do czynienia z chorobą o charakterze dominującym.

Jak wykazały badania, bliźnięta jednojajkowe chorują zwykle równolegle i jednakowo — tyczy się to zapaleń ucha środkowego, przerostu migdałków, przewlekłych zapaleń migdałków, zapaleń rop-

nych jam obocznych nosa. Ciekawem byłoby również badanie skłonności do zachorzeń na błonicę.

Co do głuchoty, to bliźnięta sijamscy (Xiphophagi) obaj zaczęli głuchnąć, jeden jednak wcześniej niż drugi.

Opisano przypadki, gdzie ataki astmy zjawały się jednocześnie u obojga bliźniąt. Rozstrzenie oskrzelowe opisano u jednojajkowych bliźniąt i ich siostry, a zatem nie była to choroba nabyta lecz wrodzona.

Wole na 62 dwujajkowe pary bliźniąt wystąpiło 20 razy, u jednojajkowych zaś na 93 pary bliźniacze 56 razy u obydwóch bliźniaków, a zatem odgrywa tu rolę dziedziczność (Siemens, Verschuer). W czasie ciąży Róży Błażek, jednej z bliźniąt zrośniętych (pyopagus), powiększył się tak jak i u niej gruczoł tarczowy u nie będącej w ciąży jej siostry.

Na specjalne omówienie zasługuje sprawa zapaleń ropnych ucha środkowego. Jeżeli przypomnimy sobie, że Wittmaack przypisuje swoistym właściwościom budowy kości skalistych powstawanie zapalenia ucha środkowego, to jasne jest, że gdyby schorzenie to powstawało u jednojajkowych bliźniąt nawet w tych razach, gdy bliźnięta te znajdowały się w odmiennych warunkach otoczenia, to w ten sposób teorja Wittmaacka zostałaby w zupełności potwierdzona. Zdjęcia roentgenologiczne wykazują, że jednakowe wyrostki sutkowe znajdujemy u 33% bliźniąt dwujajkowych, zaś u 67% jednojajkowych. Z badań, robionych w tym kierunku, wynika, że w pneumatyzacji wyrostka sutkowego czynnik genotypowy jest główny, lecz wpływy paratypowe też wchodzą tu w grę, czyli że oba te wpływy odgrywają tu rolę.

Na tej samej drodze również moglibyśmy uzyskać dane co do powstawania ozeny i rozwiązanie w ten sposób pytania, czy powstawanie choroby tej polega na zmianach natury anatomicznej czy bakterjologicznej, nerwowej czy też wydzielania wewnętrznego.

Cała ta gałęź nauki znajduje się jeszcze w stadjum początkowem, jest więc jeszcze duże pole do badań w tym kierunku, na co pozwolę sobie zwrócić uwagę Sz. Panów.

Ezofagoskopja pod względem rozpoznawczym i terapeutycznym.

Podał D-r HENRYK LEWENFISZ

St. as. Kliniki Laryngo-otjatrycznej U. W. Dyr. Prof. Erbrich.

(ciąg dalszy)

Do najczęstszych schorzeń przełyku należą niewątpliwie uwięźnięcia ciał obcych i związane z niemi powikłania, zależne od skaleczenia błony śluzowej przez ostre ciała, częściej przez urazy, wywołane próbami usuwania ciała obcego na ślepo.

Większość ciał obcych jest spowodowana niedbałością i brakiem dostatecznej opieki nad dziećmi. 25% ciał obcych spotykamy u dzieci w pierwszych latach życia, gdy dziecko instynktownie wszystko, co mu wpadnie do ręki, pakuje do ust. Niedbałe przygotowanie potraw z pozostawianiem kości w zupach, niedostateczne żucie pokarmów, pośpiech w jedzeniu, są przyczyną obcych ciał u dorosłych. Do tego dochodzą protezy zębowe, źle obsadzone i często nie zdejmowane podczas snu; ciała przypadkowe, jak igły w pieczywie lub innych potrawach, gwoździe, trzymane w ustach przez stolarzy i tapicerów, często dostają się i zatrzymują się w przełyku. 30% obcych ciał stwierdziliśmy u chorych, dotkniętych zwężeniem przełyku, czy to na tle oparzeniowem czy nowotworowem, przyczem kilkakrotnie dzięki temu podczas ezofagoskopji rozpoznaliśmy nowotwór, który do tej pory nie dawał żadnych objawów.

Obce ciała zatrzymują się zazwyczaj w pewnych określonych miejscach. Składają się na to dwie przyczyny: 1) objętość i kształt ciał obcych, 2) własności anatomiczne, a mianowicie zwężenie fizjologiczne, czynnościowe lub organiczne, porażenie normalnego mechanizmu ruchów przełyku. Ciała zaostrzone mogą zatrzymywać się w każdem miejscu, jeżeli ostrze ich jest skierowane ku dołowi. Należą też tu zwężenia wrodzone przełyku. Spostrzegaliśmy jeden taki przypadek, a wobec rzadkości tego rodzaju spraw, przytoczę opis jego w streszczeniu.

Dotyczyło to 19-letniej dziewczyny, która na trzy dni przed przybyciem do kliniki połknęła duży kawał mięsa i od tego czasu nie mogła przełknąć stałych ani płynnych pokarmów.

Ezofagoskopja wykazała na wysokości, odpowiadającej rozwidleniu tchawicy obce ciało — kawał mięsa wielkości włoskiego orze-

cha, po usunięciu którego stwierdzało się diafragmę z otworem pośrodku o średnicy 4—5 mm. Żadnych blizn w okolicy diafragmy nie było widać. Momentu urazowego w wywiadach nie było, pacjentka nigdy większych kęsów połykać nie mogła.

Gdy zgłasza się do nas chory ze skargami na obecność obcego ciała, należy rozstrzygnąć, czy rzeczywiście istnieje obce ciało, czy znajduje się w drogach oddechowych, czy też w przełyku. Często tylko na zasadzie wywiadów stawiamy rozpoznanie, a więc i wskazanie do wykonania ezofagoskopji. W wielu bowiem przypadkach obce ciała nie dają żadnych objektywnych objawów, a prześwietlenie promieniami Roentgena nie wykazuje wszystkich ciał.

W wywiadach należy zwrócić szczególną uwagę na objawy, towarzyszące wpadnięciu obcego ciała. Gdy obce ciało dostaje się do dróg oddechowych, występuje zawsze kaszel i przemijająca duszność. O ile obce ciało przenika do organizmu, nie wywołując wcale kaszlu, to prawie z pewnością można powiedzieć, że ciało to nie znajduje się w drogach oddechowych.

Głównym podmiotowym objawem obcego ciała w przełyku jest ból i niemożność łykania. Często małe obce ciało może wywołać zupełną niezdolność łykania nawet płynów. Takie zamknięcie spowodowane bywa skurczem, obrzękiem ścian przełyku, nagromadzeniem pokarmów nad ciałem obcem. Ból nie zawsze odpowiada miejscu zatrzymania się obcego ciała, zwykle chorzy lokalizują ciało obce wyżej, niż jest w rzeczywistości.

Jednym z objawów obecności ciała obcego w przełyku może być duszność, jak to ilustruje przytoczony poniżej przypadek.

Dnia 14.X 1926 r. przywieziono do kliniki 37-letnią Tatjanę E., która połknęła podczas snu aparat zębowy, złożony z sześciu zębów i haczyka. Chora obudziła się z objawami duszności, która wkrótce zmniejszyła się, lecz nie ustępowała. Chorą sprowadzono do kliniki w godzinę po wypadku.

Duszność znacznego stopnia nasuwała podejrzenie obcego ciała w tchawicy. Ezofagoskopja wykazała obecność obcego ciała na poziomie obojczyków. Bezpośrednio po usunięciu protezy duszność ustąpiła. Duszność w tym wypadku była spowodowana uciskiem obcego ciała na błoniastą ścianę tchawicy.

Zwłaszcza u dzieci duszność jest częstym objawem obcego ciała w przełyku.

Do objawów rzadkich należy czkawka. W jednym naszym przypadku była ona dominującym objawem.

Dotyczyło to chorego lat 60, Bronisława M., który zgłosił się do kliniki czwartego dnia po połknięciu ości rybiej, skarżąc się na dotkliwy ból w plecach i czkawkę nie ustępującą w dzień ani w nocy. W przełyku na głębokości 25 cm. od górnych zębów stwierdzono obce ciało — duży trzon rybi z czteremi dużemi kolcami. Czkawka ustąpiła dnia następnego po usunięciu obcego ciała.

Często obce ciała w przełyku mogą wywoływać uporczywy kaszel, który zależeć może od odruchowego podrażnienia, od wydzielin, gromadzących się w krtani na skutek zamknięcia przełyku, od przedziurawienia ścian tchawicy co powoduje przenikanie pokarmów i wydzielin z przełyku do dróg oddechowych, wreszcie obce ciało może częściowo tkwić w przełyku częściowo w tchawicy, jak to spostrzegliśmy u chorego, który połknął nerwociąg podczas usuwania nerwu zębowego przez lekarza dentystę. Nerwociąg ten przebił ścianę tchawicy, tkwiąc częściowo w przełyku, częściowo w tchawicy.

We wszystkich przypadkach zalegania ciał obcych w przełyku nie przepuszczających płynów, zatoki gruszkowate są wypełnione śliną.

Bardzo ważnym czynnikiem rozpoznawczym, a raczej pomocniczym jest badanie radiograficzne i radioskopowe, ale tylko w tych wypadkach gdy jest kontrastowe dla promieni Roentgena. Ujemny wynik roentgenologicznego badania, a nawet niezatrzymywanie się watki lub kapsułki kontrastowej nie przemawia jeszcze za nieobecnością ciała obcego w przełyku.

Tylko ezofagoskopja jest niezawodną metodą w rozpoznawaniu obcych ciał i jedyną w ich usuwaniu. We wszystkich przypadkach pewności lub tylko przypuszczenia istnienia ciała obcego musi być wykonana ezofagoskopja. Niema przeciwskazań dla ezofagoskopji przy obecności lub podejrzeniu ciała obcego w przełyku. Ani wiek, ani stan chorego nie są przeciwskazaniem. Najmłodszy pacjent, któremu zakładaliśmy ezofagoskop miał trzy miesiące, najstarszy 79 lat. Tętniak tętnicy głównej, cierpienia serca, nadciśnienie nie są przeciwskazaniem do ezofagoskopji w celu usunięcia ciała obcego.

Obce ciała przełyku możemy podzielić na dwie grupy. Obce ciała nie powikłane i powikłane.

Niżej przytoczone przypadki wykazują różnorodność tych postaci:

Antoni B. lat 36 zgłosił się dnia 30.V. 1928 r. i podaje, iż dnia poprzedniego, jedząc kapuśniak, poczuł ból w przełyku i od tej chwili nie może łykać stałych pokarmów. Płyny przechodzą z trudem. Ból odczuwa na wysokości 2 żebra na mostku. Prześwietlenie i zdjęcie

roentgenologiczne obcego ciała nie wykazują... Podana masa kontrastowa-kapsułka z barytem, zatrzymuje się na poziomie obojczyków. Ezofagoskopja w pozycji leżącej po znieczulaniu gardzieli 10% kokainą wykazuje obce ciało — kość na głębokości 26 cm. od górnych zębów obciśnięte przez ściany przełyku. Przy próbie wydostania obcego ciała stwierdza się opór po stronie prawej, w miejscu tym następuje pociąganie błony śluzowej. Wobec tego kość posunięto ku dołowi i zwolnionym kolcem obrócono o 45^0, poczem z łatwością usunięto kość wraz z rurą ezofagoskopową.

Krystyna W. miesięcy 3 przyniesiona do kliniki dnia 15.XI. 1929 r, z powodu połknięcia przed trzema dniami monety dwugroszowej. Od tej pory nie chce ssać. Od dwuch dni temperatura 38^0. Prześwietlenie wykazuje obce ciało na poziomie wcięcia jarzmowego. Ezofagoskopja w pozycji leżącej bez znieczulenia ogólnego i miejscowego wykazuje w górnej części przełyku, w części gardzielowo-przełykowej, obce ciało, położone poprzecznie. Monetę usunięto.

Nie zawsze obce ciała płaskie i okrągłe, jak monety lub guziki, ustawiają się w samem świetle przełyku. Często takie ciała zostają jakby zamknięte w fałdzie błony śluzowej ściany przełyku i często trudno je dojrzeć podczas ezofagoskopji, niekiedy widoczny jest tylko brzeżek górny lub dolny.

Mikołaj K. miesięcy 13, przywieziony do kliniki 25.I. 1927 r. Przed tygodniem połknął 20 kop. srebrnych. Początkowo ciężko oddychał i kaszlał. Oddech stopniowo się poprawił, kaszel nie ustępował. Połykał w ciągu pierwszych dni normalnie. W jednem z miast prowincjonalnych probowano kilkakrotnie usunąć lub przepchnąć obce ciało lecz bezskutecznie. Od dwuch dni dziecko gorączkuje, z trudem połyka. Prześwietlenie wykazuje obce ciało w górnej części przełyku, tuż poniżej linji obojczyków. Ezofagoskopja w pozycji leżącej bez narkozy. W górnej części przełyku w fałdzie tylnej ściany widoczny brzeg obcego ciała. Ściana przełyku w wielu miejscach pozbawiona nabłonka i pokryta brudnym nalotem. Wybitne cuchnienie. Obce ciało usunięto. Stan dziecka stopniowo się poprawił, wypisany zdrów.

W jednym podobnym przypadku 17 razy stosowano choremu przed przybyciem do kliniki przepychanie sondą pod kontrolą Roentgena i kilkakrotnie próbowano usunąć monetę za pomocą koszyczka Graefego bez wyniku.

Dnia 5.X. 1928 r. zgłosił się Antoni S. lat 32 z Radomia, który podczas jedzenia chleba poczuł ból w przełyku. Od tej pory nie

może łykać. Zdjęcie roentgenologiczne wykazuje igłę poprzecznie położoną na wysokości 7 kręgu szyjnego. Podczas ezofagoskopji stwierdza się igłę, poprzecznie położoną w górnej części przełyku, która obustronnie przebiła jego ściany. Po przesunięciu igły za pomocą łapek w stronę prawą i uwolnieniu lewego końca igłę usunięto.

W większości wypadków ciał obcych zalegających kilka dni, a takich jest większość, stwierdzamy podczas ezofagoskopji mniejsze lub większe odleżyny i drobne ropnie, stany te jednak na ogół nie przedstawiają nic poważnego. Po usunięciu ciała obcego wszystkie dolegliwości ustępują, temperatura, jeżeli była poprzednio, spada i chorzy w krótkim czasie wracają do zupełnego zdrowia.

Czasami jednak dłużej zalegające obce ciała, szczególniej ostre, dają groźniejsze objawy.

20.I. 1929 r. zgłosiła się chora N. S. lat 40 z Brześcia. Dnia 16.I. podczas jedzenia mięsa poczuła ból w przełyku na wysokości połowy mostka. Od tego czasu bóle nasilają się. Temperatura z dnia na dzień podnosi się. W dniu przybycia do kliniki temperatura 39. Bóle w plecach, czkawka, bóle przy łykaniu śliny i poruszaniu się. Nic przełknąć od trzech dni nie może. Przed przybyciem do kliniki nie wykonano żadnych zabiegów.

Ezofagoskopja: na odległości 20 cm. od górnych zębów uwypuklenie tylnej ściany przełyku w postaci jabłka. Uciśnięcie miejsca tego rurą ezofagoskopową wywołuje wylewanie się gęstej śmietankowej ropy. Treść ropną usunięto za pomocą pompy ssącej, poczem w otworze ukazało się obce ciało, które usunięto. Jest to mała, wąska, długości 1 cm. ostra kosteczka. Pacjentka, po kilku dniach wypisała się bez żadnych objawów chorobowych.

Dnia 25. V. 1929 r. przywieziono do kliniki Elżbietę D. lat 1. Dnia poprzedniego połknęła pluskiewkę. Początkowo wymiotowała obecnie połyka swobodnie. Badanie roentgenologiczne wykazuje obecność ciała obcego tuż poniżej chrząstki pierścieniowej. W pozycji leżącej (bez narkozy) założono ezofagoskop, przyczem stwierdzono w górnej części przełyku na tylnej jego ścianie wbitą pluskiewkę. Widoczny jest tylko jej płaski łepek. Pluskiewkę usunięto, dziecko zabrano do domu, lecz po 8 dniach zostało przywiezione do kliniki z powodu duszności i niemożności łykania. Ezofagoskopja wykazała ropień tylnej ściany górnej części przełyku. Ropień otworzono, wylało się pół szklanki cuchnącego brudnego płynu. Dnia następnego temperatura opadła i w ciągu tygodnia dziecko wróciło do zdrowia.

Najgorsze powikłania dają te przypadki, gdzie były stosowane

próby usuwania lub przepychania ciała obcego na ślepo. W wielu przypadkach tam, gdzie obcego ciała wcale nie było. Podczas takich zabiegów łatwo o uszkodzenie ściany przełyku ze względu na słabą jego budowę i szerzenie się infekcji na skutek braku odporności tkanek śródpiersia.

Chora lat 26 połknęła kość, która uwięzła jakoby w przełyku. Udała się natychmiast do lekarza, który usiłował, jak podaje chora, przepchnąć kość jakimś metalowym prętem. Podczas tego zabiegu wystąpił bardzo silny ból w klatce piersiowej i obfite krwawienie. Tegoż dnia ciepłota podniosła się do 39^0. Tętno 160 na minutę słabo wypełnione. Prawa strona klatki piersiowej słabo porusza się przy oddychaniu, po stronie prawej stłumienie odgłosu wypukowego, drżenie głosowe osłabione, oddech zniesiony.

Badanie roentgenologiczne obcego ciała nie wykazało. Podczas badania laryngoskopowego stwierdzało się znaczny obrzęk lewej nalewki, zatoka gruszkowata wypełniona szarą cuchnącą treścią.

Ezofagoskopja wykazała w ścianie lewej zatoki gruszkowatej szarpany otwór o brzegach nekrotycznych. Przez otwór ten ezofagoskop przechodzi do kanału o ścianach zmienionych zgorzelinowo, przebiegającego skośnie ku dołowi i ku stronie prawej poza przełykiem. W głębi widać dużą jamę wypełnioną płynem ropnym cuchnącym. Jest to jama opłucnowa. W przełyku nie stwierdzono ani obcego ciała, ani najmniejszego uszkodzenia ściany. Naklucie prawej jamy opłucnowej wykazało obecność cuchnącego ropnego płynu. Chorej dokonano gastrostomji, a po kilku dniach rezekcję żebra. Chorej nie udało się jednak uratować. Umarła w dwa tygodnie po ostatniej operacji.

Na stole sekcyjnym stwierdzono: wrzód szarpany lewej zatoki gruszkowatej, drążący do tkanki około-przełykowej, zgorzelinowe zapalenie tkanki około-przełykowej i śródpiersia, posokowate zapalenie prawej opłucnej.

W lżejszych przypadkach sprawa ropna lokalizuje się w śluzówce lub pod błoną śluzową. Ropień może się samoistnie otworzyć do światła przełyku, przyczem występuje cuchnący oddech z wypluwaniem ropy.

W bardziej rozległych uszkodzeniach, gdy zajęta jest górna część przełyku, stwierdza się obrzmienie nadobojczykowe, zgięcie głowy, oraz skręcenie podbródka w stronę przeciwną. Często następuje obrzęk nalewek oraz obrzmienie tylnej ściany gardła.

Ezofagoskopja wykazuje w tych przypadkach obrzęk ścianek

przełyku, ograniczoną martwicę, ziarninę, wyciekanie ropy z jednego lub kilku otworów o charakterze śmietankowym, częściej krwistym, lub posokowatym.

Jeszcze do niedawna za jedynie racjonalne postępowanie w przypadkach powikłań około-przełykowych uważano tylną medjastinotomję za pomocą zewnętrznego otwarcia śródpiersia. Ostatnio jednak ogłoszono cały szereg ciężkich powikłań około-przełykowych wyleczonych jedynie drogą ezofagoskopową.

Dnia 1. 12. 1928 r. zgłosiła się chora Rozalja Z. W. lat 35. Dnia 25. 11. połknęła podczas obiadu kość. Zwróciła się zaraz do lekarza, który, jak twierdzi chora, przepchnął kość do żołądka. Po tym zabiegu bóle nie ustępowały, a nawet wzmagały się, wystąpiły nadto dreszcze i gorączka. Od dwóch dni chora odczuwa bóle w karku, nie może poruszać głową. Stan obecny: chora ma skierowaną głowę w stronę lewą, przy odwracaniu głowy stawia duży opór. Wyraźny obrzęk nad prawym obojczykiem, w tem miejscu znaczna bolesność. Obie nalewki obrzęknięte, szczególniej prawa. Temperatura 38,7. Prześwietlenie promieniami Roentgena: watka kontrastowa zatrzymuje się na wysokości 4-go kręgu szyjnego.

Ezofagoskopja w pozycji siedzącej: uwypuklenie tylnej ściany górnego odcinka przełyku, błona sluzowa w tym miejscu brudnoszara, podczas ucisku ezofagoskopem wydzielają się kropelki ropy z kilku miejsc. Po rozszerzeniu jednego otworu i wyaspirowaniu ropnej zawartości uwidoczniło się tkwiące w ścianie ropnia obce ciało — mała kosteczka, którą usunięto. Temperatura dnia następnego nieco opadła, obrzęk nad obojczykiem zmniejszył się. Po dwóch dniach powtórna ezofagoskopja i aspiracja ropy. Po tym zabiegu stan chorej z każdym dniem się poprawiał, temperatura obniżała stopniowo, wobec czego nie kontynuowano zabiegów ezofagoskopowych. Po dwóch tygodniach pacjentka wyjechała zdrowa.

Stanisław M. lat 34 zgłosił się do kliniki dnia 8. I. 1930 roku. Przed tygodniem, jedząc kapuśniak, połknął kość, która zatrzymała się w przełyku. Lekarz, do którego się chory bezpośrednio po wypadku zwrócił, starał się za pomocą sondy kość przepchnąć do żołądka. Po tym zabiegu bóle znacznie się wzmogły, wystąpiła gorączka, kaszel i bóle w lewym boku. Ezofagoskopja wykazała: w przełyku na głębokości 25 cm. od górnych zębów uwypuklenie ściany przełyku po stronie lewej. Błona sluzowa w odcinku uwypuklonym brudno-szara. Podczas uciśnięcia końcem rury ezofagoskopowej górnego bieguna po przez mały otwór wydobywa się ropna treść.

Otwór rozszerzono i wyaspirowano około 40 cm.^{3} cuchnącego, posokowatego płynu. W jamie ropnia tkwiło obce ciało, które usunięto. Była to ostra trójkątna płaska kość. W ciągu następnych trzech dni temperatura nie przekraczała 37,2, czwartego podniosła się do 38^0. Powtórnie wykonana ezofagoskopja wykazała zatrzymanie się ropy. Usunięto około 15 cm. ropnej treści. Od tej pory temperatura spadała i od 18. I. nie przekraczała normy. Wypisany dnia 23. I. w stanie dobrym.

Dnia 23. 7. 1928 r. zgłosiła się 60-letnia siostra miłosierdzia, która przed tygodniem połknęła kość od kurczęcia. Zwróciła się natychmiast do lekarza, który kość przepchnął. Już podczas zabiegu chora poczuła silny ból w klatce piersiowej. Następnego dnia temperatura podniosła się do 38,9, wystąpiły dreszcze i niemożność połykania nawet pokarmów płynnych.

Ogólny stan chorej ciężki. Wybitna bladość z odcieniem sinawym. Ciepłota 39^0. Tętno 140. Oddech cuchnący o charakterze zgorzelinowym. Na szyi po stronie prawej nad obojczykiem wygórowanie b. bolesne na dotyk. Badanie laryngoskopowe wykazuje obrzęk prawej nalewki i prawej zatoki gruszkowatej. Obie zatoki, szczególnie prawa wypełnione śliną.

Badanie ezofagoskopowe wykazało w górnej części przełyku uwypuklenie ściany przedniobocznej prawej pokrytej masą zgorzelinową, po której usunięciu na powierzchni nacieczonej uwypuklonej ściany ukazały się małe, punkcikowate otworki, przez które podczas ucisku ezofagoskopem wydzielały się kropelki ropy. W górnej części uwypuklonej ściany stwierdziłem większy otwór, do którego można było wprowadzić zgłębnik na głębokość 10 cm. Otwór ten rozszerzyłem i wtedy wylało się 10 cm. do 15 cm.^{3} cuchnącej ropy, resztę ropy usunąłem za pomocą pompy ssącej. Obcego ciała nie było. Bezpośrednio po tym zabiegu chora poczuła się lepiej. Ciepłota nieco obniżyła się. Po dwuch dniach jednak podniosła się do 39. Powtórna ezofagoskopja wykazała retencję ropy. Za pomocą pompy ssącej wyciągnięto kilkanaście cm. ropnej treści. Od tego czasu ciepłota zaczęła się stopniowo obniżać, ogólny stan chorej ulegał poprawie. W tydzień po ostatnim zabiegu ciepłota obniżyła się do normy i powróciła możność łykania stałych pokarmów.

Dnia 28. 4. 1928 r. zgłosiła się do kliniki chora B. F. lat 35 Podaje, że przed dwoma tygodniami poczuła podczas obiadu silny ból w przełyku. Zwróciła się do lekarza, który kość usunął za pomocą eżofagoskopu. Od tego czasu odczuwa stale ból w plecach,

łykać nie może, ciepłota podwyższona do 38,5. Prześwietlenie promieniami Rentgena wykazuje zatrzymanie się masy kontrastowej na wysokości 7-go żebra.

Ezofagoskopja wykazała na tylnej ścianie przełyku uwypuklenie wielkości jaja, z którego po otworzeniu wylała się gęsta ropa. Ropień oczyszczono za pomocą aparatu ssącego. Po trzech dniach pacjentka wypisała się zdrowa.

Przypadki wyleczenia ropowic przełyku opisali Guisez, Seifert, Tucker, Rudolf Kramer i inni.

Wobec tak dobrych wyników leczenia endoskopowego nawet w wypadkach ciężkich, postępowanie nasze powinno w każdym wypadku rozpocząć się od ezofagoskopji, w celu określenia natury cierpienia, usunięcia ciała obcego, jeżeli istnieje, oraz oczyszczenia ropiejącej rany. W niektórych przypadkach, gdzie istnieją przetoki przełykowo-płucne, przełykowo-oskrzelowe lub przełykowo-opłucnowe, należy poddać chorych gastrostomji. (D. n.)

Z Kliniki Laryngo-Otjatrycznej Uniwersytetu Warszawskiego (Dyrektor: Prof. Dr. *F. Erbrich*) i z Zakładu Serologji Uniwersytetu Warszawskiego (Dyrektor: Prof. Dr. *R. Nitsch*).

Przebieg kliniczny ostrych powikłanych zapaleń ucha środkowego w związku z wykrytym w ropie zarazkiem.

Podał Dr. I. ROZENFELD.

Liczne badania nad bakterjologją ostrego ropnego zapalenia ucha środkowego stwierdzają, że najczęściej spotykanemi drobnoustrojami w tym schorzeniu są paciorkowce, rzadziej pneumokoki i gronkowce. Dotyczy to zarówno przypadków niepowikłanych jak i powikłanych zapaleniem komórek wyrostka sutkowego.

Statystyki podane z rozmaitych klinik wykazują wahania nieraz w bardzo szerokich granicach co do częstości występowania poszczególnych rodzajów drobnoustrojów:

Kümmel znajdował paciorkowce w 77%, Honda w 80%, Denker w 61,2%, Evers w 58%, Alberti w 57,9%, Barwich i Haardt w 50,4%; streptococcus mucosus: Kümmel w 22,9%, Barwich i Haardt w 15%, Denker 13%, Evers w 9%, Honda w 4%, Alberti w 3,8%; gronkowce: Kümmel w 6%, Evers w 6%, Barwich i Haardt w 7,1%, Denker w 17,2%; pneumokoki: Barwich i Haardt w 3,4%, Evers w 9%. (Statystyka podana w/g Barwicha i Haardta).

Daleko idące różnice w poszczególnych statystykach można sobie wytłumaczyć chwilowem epidemicznem występowaniem jakiegoś gatunku drobnoustrojów; specjalnie zaś co do strept. mucosus istnieje prawie zgodny pogląd, że niejednakowe liczby stwierdzonego zarazka przez poszczególnych autorów tłumaczą się wyjątkową trudnością wykrycia tych bakteryj, wymagającego bardzo skomplikowanych badań. Nadto nieustalone ściśle cechy, wyróżniające te drobnoustroje od innych, utrudniają niezmiernie badanie.

Spostrzeżenia nasze dotyczą 92 przypadków ostrego ropnego zapalenia ucha środkowego, powikłanego zapaleniem wyrostka sutkowego, a zatem opierają się wyłącznie na przypadkach operowanych. Badanie bakterjologiczne ropy, pobranej podczas operacji tych chorych, dało następujące wyniki:

Paciorkowce hemolit.	65
„ „ i gronkowce . .	12
Gronkowce	6
Pneumokoki	7
Strept. mucosus	1
Bact. pyocyaneum	1
	92

Badania prowadziliśmy w następujący sposób: ropę pobraną podczas operacji w warunkach jałowych posiewaliśmy na buljonie z surowicą i płytki agaru z krwią. We wszystkich przypadkach, gdzie w następstwie tych pierwszych badań podejrzewano obecność pneumokoków względnie strept. mucosus, wstrzykiwaliśmy kulturę buljonową białym myszom, które — jak wiadomo — są na te drobnoustroje szczególnie wrażliwe. Gdy mysz padała, posiewaliśmy krew z serca na buljonie i agarze z surowicą i wykonywaliśmy preparat bezpośredni na szkiełku. Jako cechy rozpoznawcze dla strept. mucosus uważaliśmy istnienie otoczki, wzrost śluzowy na agarze z krwią i agarze z surowicą i zjadliwość dla myszy.

Pomimo, że badanie nasze nie różniło się zasadniczo od sposobu badań innych autorów (z wyjątkiem stosowanej w ostatnich czasach próby aglutynacyjnej) w jednym tylko przypadku, na 92 przez nas zbadanych, wykryliśmy strept. mucosus.

Liczni badacze, obserwując przebieg kliniczny ropnych spraw w uchu środkowem w związku z rodzajem zakażenia, specjalną uwagę zwracali na schorzenia, wywołane przez strept. mucosus.

Wirth, uznając, że poszczególne gatunki drobnoustrojów mogą wywoływać schorzenia, różniące się swoim przebiegiem klinicznym,

dochodzi jednak do wniosku, że na rozmaity przebieg cierpienia oddziaływa ponadto cały szereg innych momentów, jak budowa anatomiczna wyrostka sutkowego i właściwości konstytucjonalne ustroju. To samo zdanie wypowiada, opierając się na swoich spostrzeżeniach, *Hesse*. Prócz tego *Wirth*, badając na zwierzętach zjadliwość bakteryj dowodzi, że nawet drobnoustroje tego samego gatunku, zwłaszcza paciorkowce, mogą wywoływać w rozmaitych przypadkach różne co do ciężkości schorzenia: w jednych bardziej łagodne, w innych znowu gwałtowne i złośliwe.

Nasze obserwacje potwierdzają poglądy *Wirtha*. Śród 77 przypadków, w których wykryliśmy paciorkowce hemolizujące — w 2 przypadkach nastąpiło zejście śmiertelne z powodu ropnego zapalenia opon mózgowych, w 2 innych z powodu posocznicy. W jednym wypadku chora przybyła do kliniki z objawami labyrinthitis serosa, które minęły po trepanacji wyrostka; w 3 ch przypadkach stwierdziliśmy zapalenie zakrzepowe zatoki esowatej; w 11 — ropnie okołozatokowe; w jednym ropień zewnątrzoponowy środkowej jamy czaszkowej i w jednym ropne zapalenie opadowe na szyi (mastoiditis *Bezolda*).

Co się tyczy ostrego ropnego zapalenia ucha środkowego, wywołanego przez gronkowce, spotykamy się z poglądami, że cierpienie to przebiega przeważnie łagodnie. Śród 92 przypadków, operowanych w naszej klinice, — 6 było takich, gdzie w ropie pobranej podczas operacji, stwierdzono czystą kulturę gronkowców. Przebieg pooperacyjny tych przypadków był łagodny i gojenie stosunkowo szybkie, ale sam fakt, że doszło do powikłania w postaci zapalenia wyrostka sutkowego i trepanacji, przemawia przeciwko bezwzględnej dobrotliwości schorzeń, wywołanych przez te drobnoustroje.

Jeden przypadek, gdzie w ropie pobranej podczas operacji, stwierdzono bact. pyocyaneum miał przebieg ciężki, spowodowany zakrzepowem zapaleniem zatoki esowatej. O jednym przypadku z bact. pyocyaneum wspominają również w swej pracy *Barwich* i *Haardt*; przypadek ich jednak przebiegał łagodnie.

W ostatnich czasach dość często w piśmiennictwie omawiany rozdział z dziedziny bakterjologji ucha środkowego stanowią cierpienia, wywołane przez strept. mucosus (wedle autorów amerykańskich pneumococcus III). Obserwacje rozmaitych autorów wskazują na powolny i ukryty przebieg tego schorzenia, niezbyt wyraźne objawy subjektywne i niespodziewanie występujące groźne powikłanie, najczęściej w postaci zapalenia opon mózgowych. W przebiegu ostrego

cierpienia wyciek z ucha ustępuje po upływie kilku dni, albo też brak go zupełnie od początku choroby; błona bębenkowa szaro-różowa, nieznacznie nacieczona. Dla rozpoznania, szerzącej się wewnątrz kości sprawy ropnej, bywa niekiedy miarodajnem jedynie wzmagające się upośledzenie słuchu i porównanie otoskopowe z drugiem uchem.

Nietylko samo cierpienie ucha lecz również w następstwie niego powstałe ropne zapalenie opon mózgowych, wywołane przez strept. mucosus, przebiega dość skrycie: brak podwyższonej ciepłoty, stosunkowo dobre samopoczucie chorego trwać może przez czas pewien, pomimo rozwijającego się powikłania, aż wreszcie prawie nagle ujawnia się ciężki stan chorobowy, który z reguły prowadzi do zejścia śmiertelnego. To też niektórzy chirurgowie u dzieci do 2 lat przy stwierdzeniu klinicznego obrazu „mucosus otitis" w jednem uchu i przy nieznacznych zmianach chorobowych w drugiem — postępując może zbyt radykalnie — wykonują trepanację wyrostka odrazu obustronnie dla zapobieżenia ewentualnym ciężkim i groźnym dla życia pacjenta komplikacjom.

Inni autorzy *(Kobrak, Wąsowski)* twierdzą, że niezawsze „mucosus otitis" ma przebieg tak złośliwy. *Wirth* podaje na zasadzie dużego materjału, że tylko 28% wszystkich ropnych zapaleń ucha, wywołanych przez mucosus prowadzi do powikłań i zabiegu operacyjnego. *Wąsowski* natomiast uznaje, że „zakażenie to zwykle powoduje powikłania ze strony wyrostka sutkowego", że jednak „obraz kliniczny cierpienia oraz przebieg pooperacyjny nie różnią się od spostrzeganych w ropnem zapaleniu wyrostka sutkowego pochodzenia innego".

Urbantschitsch i *Lambrakis* w swoich pracach podają szereg przypadków, gdzie ropna sprawa ucha środkowego przebiegała klinicznie, jak „mucosus otitis", w ropie, natomiast pobranej podczas operacji, wykryto zgoła inne drobnoustroje. *Urbantschitsch* na zasadzie nowszych badań bakterjologicznych i swoich spostrzeżeń mówi w tych przypadkach o mutacji drobnoustrojów. Badając ropę chorych po operacji w różnych odstępach czasu, stwierdził on w przypadkach, przebiegających klinicznie jako „mucosus otitis", strept. mucosus w ropie tam, gdzie na początku były inne drobnoustroje (paciorkowce, pneumokoki), i na tej zasadzie dochodzi do wniosku, że mamy w tym wypadku przejściowe formy drobnoustrojów, które jednak od początku dają kliniczny obraz choroby „mucosus otitis". Spostrzeżenia te potwierdziły badania *Eisingera* z kliniki *Neumanna.*

Lambrakis, biorąc wyniki tych badań pod uwagę, twierdzi jednak, że wyraz „mucosus otitis" jest dla nas obecnie klinicznym terminem dla oznaczenia schorzeń ropnych ucha środkowego, które wyraźnie odbiegają od normalnego przebiegu. Sprzeciwia się temu stanowczo *Wirth*, który proponuje ten odrębny przebieg kliniczny ropnego zapalenia ucha środkowego określać jako „otitis lenta" albo „mastoiditis lenta", uważa natomiast, że określenie „mucosus otitis" ze względów klinicznych jest niewłaściwe i zaleca pozostawienie tej nazwy, zdaniem naszem również zbytecznej, wyłącznie dla tych przypadków, gdzie w ropie z ucha bakterjologicznie stwierdzono strept. mucosus. Stwierdza przytem *Wirth* na zasadzie spostrzeżeń własnych i innych, że rzeczywiście przebieg kliniczny, charakterystyczny w przypadkach zakażenia przez strept. mucosus (otitis lenta), spotykamy dość często również przy zakażeniach innemi drobnoustrojami, szczególnie paciorkowcami hemolizującemi.

Na zasadzie naszego materjału stwierdzić możemy, że prawie wszystkie nasze przypadki, gdzie w ropie, pobranej intra operationem, wykryto pneumokoki, przebiegały klinicznie jako otitis lenta. Również taki przebieg miało kilka przypadków, przez nas obserwowanych, gdzie w ropie z antrum wykryto paciorkowce hemolizujące. W 3 przypadkach, gdzie przebieg kliniczny mógłby wskazywać na zakażenie przez mucosus, wykonywaliśmy badania w tygodniowych odstępach po operacji 2—3 krotnie, jednakże w żadnym nie otrzymaliśmy przy późniejszych badaniach strept. mucosus.

Poniżej podajemy krótkie protokóły przypadków, które przebiegały jako otitis lenta:

1) Chory W. P., 34 l., zgłosił się do kliniki 24. XI. 1928 roku. *29. X*, silny katar nosa, ból i szum w uchu prawem. Po kilku dniach wykonano nacięcie błony bębenkowej; wydzielina ropna skąpa ustąpiła po 5 dniach. Od trzech dni ponownie ból w uchu, ból głowy i bolesność za uchem.

Budowa prawidłowa, odżywianie dobre, wzrost średni. W narządach wewnętrznych zmian chorobowych nie stwierdza się. Temperatura: 37,6°.

Ucho prawe: ściany przewodu kostnego zaczerwienione; przewód bardzo znacznie zwężony wskutek opadnięcia tylno-górnej ściany. Wydzieliny w przewodzie brak. Widoczna część błony bębenkowej czerwona, obrzęknięta.

Ucho lewe bez zmian chorobowych.

Badanie słuchu: Schwabach wydłużony, Rinne —, Weber w prawo, szept 0, mowa zw. $^1/_2$ m.

28. XI. Antrotomia: duża jama, obejmująca wierzchołek wyrostka, wypełniona ropą i ziarniną. Ściana zatoki esowatej nie zmieniona. Antrum zawiera zropiałą ziarninę.

30. XI. Temp. 37^0 — $37,5^0$. Chory skarży się na bóle głowy.

2. XII. Opatrunek. Stan ogólny i miejscowy dobry.

9. XII. Nie gorączkuje. Rana wypełnia się ziarniną.

2. I. 29 r. Rana na zagojeniu.

3. I. Wypisany do leczenia ambulatoryjnego.

Badanie ropy: Strept mucosus.

2) Chory R. B., l. 51. przyjęty do kliniki 25. II. 1929 r. Skarży się na wyciek ropny z ucha lewego i przytępienie słuchu.

Choroba obecna rozpoczęła się 13. I. w przebiegu zapalenia płuc. Chory spostrzegł, że źle słyszy na lewe ucho; 27. I. wystąpił wyciek ropny z ucha, który utrzymuje się dotychczas.

Wzrost wysoki, budowa prawidłowa, odżywianie dobre. Narządy wewnętrzne bez zmian chorobowych. Temp. 37^0.

Ucho lewe: przewód słuchowy zewn. nieco zwężony. Błona bębenkowa zaczerwieniona, nacieczona; w dolnej części błony perforacja, z której wydobywa się tętniąca wydzielina. Wyrostek sutkowy niebolesny.

Ucho prawe: bez zmian chorobowych.

Badanie słuchu: Schwabach wydłużony, Weber w lewo, Rinne —, szept a. c.

28. II. Temp. $38,7^0$. Chory ma dreszcze.

2. III. Temp. $37,2^0$. Chory czuje się dobrze. Wydzieliny z ucha brak.

5. III. Nie gorączkuje. Wydzieliny z ucha brak. Błona bębenkowa zaróżowiona. Na własne żądanie wypisany z kliniki.

15. IV. Ponownie przyjęty do kliniki wobec nieustępującego upośledzenia słuchu na ucho lewe.

Otoskopja: Przewód zewnętrzny zwężony. Błona bębenkowa zgrubiała, matowa. Wydzieliny z ucha brak. Wyrostek sutkowy niebolesny.

Słuch jak poprzednio. Stan bezgorączkowy.

16. IV. Ze względu na utrzymujące się upośledzenie słuchu i opadnięcie tylno-górnej ściany przewodu przystąpiono do operacji: W wierzchołku wyrostka duża jama, wypełniona ropą i ziarniną

i stykająca się ze ścianą zatoki esowatej. Ściana zatoki pokryta ziarniną. W antrum zropiała ziarnina.

17. IV. Stan bezgorączkowy. Samopoczucie dobre.

20. IV. Opatrunek. Wypisany z kliniki do leczenia ambulatoryjnego.

Badanie ropy: pneumokoki.

3) Chora B. P., lat 26, przyjęta do kliniki 26. XI. 1928 roku. Przed 7 tygodniami angina, po przebyciu której wystąpiły gwałtowne bóle ucha prawego, połączone z wysoką gorączką. Wezwany lekarz dokonał nacięcia błony bębenkowej: wydzielina była bardzo skąpa. Chora została skierowana do jednego ze szpitali miejskich, gdzie trzykrotnie jej przecinano błonę bębenkową; wyciek jednak był nadal skąpy, czasami zupełnie ustawał. Po upływie trzech tygodni nastąpiła poprawa i chora została wypisana ze szpitala. Od tygodnia znów gwałtowne bóle ucha i okolicy zausznej. Temp 38^0.

Budowa prawidłowa, odżywianie dobre. W narządach wewnętrznych zmian chorobowych nie stwierdza się.

Ucho prawe: znaczne zwężenie przewodu zewn.: przewód w postaci szczeliny. W przewodzie skąpa ilość treści ropnej. Małżowina uszna odstaje od czaszki. W okolicy wyrostka sutkowego wygórowanie; wyrostek bardzo bolesny przy dotyku.

Ucho lewe: bez zmian chorobowych.

Badanie słuchu: Schwabach wydłużony, Weber w prawo, Rinne —, szept a. c.

28. XI. Antrotomia: po odseparowaniu okostnej zaczęła się obficie wydzielać ropa z przetoki w planum mastoideum. Przetoka prowadzi do jamy, obejmującej cały wyrostek sutkowy, wypełnionej ziarniną i ropą. Zatoka esowata samoistnie obnażona; ściana jej pokryta ziarniną. W antrum obfita i gęsta ropa.

29. XI. Wymioty. Bóle głowy po stronie prawej.

30. XI. Stan bezgorączkowy; wymioty ustąpiły, bóle głowy mniejsze.

3. XII. Opatrunek: w przewodzie skąpa treść ropna. W jamie poperacyjnej nieco treści ropnej, napływającej z antrum.

8. XII. Stan ogólny dobry. Wydzieliny z przewodu brak. Rana wypełnia się ziarniną.

17. XII. Wypisana do leczenia ambulatoryjnego.

Badanie ropy: pneumokoki.

4) Chory S. P., l. 34, przyjęty do kliniki 13. VI. 1929 r. Zachorował przed dwoma miesiącami: przechodził wówczas silny ka-

tar nosa, w czasie którego wystąpił ból w obu uszach. Po upływie kilku dni zjawił się z uszu wyciek surowiczo krwisty. Stan ten trwał kilkanaście dni, poczem bóle i wyciek z uszu ustąpiły i chory wrócił do pracy. Przed 12 dniami ponownie wystąpiły bóle w lewem uchu, bolesność za małżowiną uszną.

Temp. 37,4^0. Budowa prawidłowa, odżywianie mierne, wzrost średni. Narządy wewnętrzne bez zmian chorobowych.

Ucho lewe: za małżowiną uszną, w okolicy wierzchołka wyrostka sutkowego, wygórowanie wielkości orzecha włoskiego, bolesne przy dotyku. Skóra w tym miejscu zaczerwieniona, Przewód słuchowy zewn. nieco zwężony. Wydzieliny w przewodzie brak. Błona bębenkowa szaro-różowa, matowa. Zarysów kosteczek nie widać.

Ucho prawe: bez zmian chorobowych.

Badanie słuchu: Schwabach norma, Rinne +, Weber w lewo, szept 6 m.

15. VI. Antrotomia: Tkanki miękkie w okolicy wierzchołka wyrostka przekrwione, nacieczone. Kość bezpowietrzna, twarda. W wierzchołku jama wielkości orzecha laskowego, wypełniona ciągnącą się ropą; ściany jamy pokryte ziarniną. Przetoka w fossa digastrica prowadzi do ropnia, położonego pod przyczepem m. mostk.-sutk.-obojczykowego. Antrum wypełnione ziarniną. Przestrzeń między zatoką esowatą a kanałem n. VII. wypełniona kością miękką, przekrwioną. Ściana zatoki niezmieniona.

16. VI. Stan ogólny zadawalniający. Temp. 37.4^0.

21. VI. Opatrunek. Ściany jamy pooperacyjnej pokryte ziarniną.

7. VII. Wypisany z kliniki do leczenia ambulatoryjnego.

Badanie ropy z antrum: pneumokoki.

21. VI. Badanie ropy: paciorkowce hem.

27. VI. Badanie ropy: paciorkowce hem.

5) Chory J. M., l. 32, przyjęty do kliniki 7. IV. 1929 r. Choroba obecna rozpoczęła się 7 stycznia bólem ucha lewego; po upływie tygodnia zjawił się wyciek ropny z ucha, który trwał w ciągu trzech tygodni, poczem ropotok ustąpił i chory czuł się dobrze. 2 kwietnia ponownie wystąpiły silne bóle ucha, a następnego dnia zaczęło się tworzyć za uchem lewem bolesne wygórowanie.

Budowa prawidłowa, odżywianie mierne, wzrost średni. Narządy wewnętrzne bez zmian chorobowych.

Ucho lewe: Małżowina uszna odstaje od czaszki. Za małżowiną wygórowanie wielkości dużego orzecha włoskiego, bolesne przy

dotyku. Skóra w tem miejscu napięta, zaczerwieniona; wyczuwa się chełbotanie. Przewód słuchowy zewn. w postaci wąskiej szczeliny. Otoskopia uniemożliwiona. Z przewodu sączy się skąpa treść ropna.

Ucho prawe: bez zmian chorobowych.

Badanie słuchu: Schwabach wydłużony, Rinne —, Weber w lewo, szept a. c.

9. IV. Antrotomia: Duży ropień podokostnowy. W wierzchołku wyrostka stwierdza się przetokę, z której wydobywa się tętniąca wydzielina ropna. Wierzchołek zawiera dużą jamę, wypełnioną ziarniną i ropą. Nasada wyrostka zbita, bezpowietrzna. Antrum wypełnione ziarniną częściowo zropiałą. Ściana zatoki niezmieniona.

10. IV. Samopoczucie chorego zadawalniające.

15. IV. Opatrunek: wydzieliny z ucha brak. Rana pokryta skąpemi granulacjami.

23. IV. Jama pooperacyjna szybko wypełnia się ziarniną. Wydzieliny z przewodu brak. Wypisany z kliniki do leczenia ambulatoryjnego.

Badanie ropy z antrum: pneumokoki.

15. IV. Badanie ropy: Pneumokoki.

6) Chory S. K., l. 33, przyjęty do kliniki 13. VI. 1929 roku. Przed trzema miesiącami chory odczuwał w ciągu jednej doby silny ból w uchu prawem Z ucha wydzieliło się wówczas nieco krwistej treści. Od tego czasu stale miewa szum i kłucie w uchu i bóle głowy. Wydzieliny z ucha, poza pierwszym dniem choroby, nie było. Przed tygodniem zjawiło się bolesne wygórowanie nad i za małżowiną uszną prawą.

Budowa prawidłowa, odżywianie dobre, wzrost średni. W narządach wewnętrznych zmian chorobowych nie stwierdza się. Temperatura 36.6^0.

Ucho prawe: małżowina uszna odstaje od czaszki. Nad i za małżowiną uszną stwierdza się bolesne wygórowanie, najbardziej wyniosłe w okolicy podstawy wyrostka jarzmowego. Wyczuwa się chełbotanie. Przewód słuchowy zewn. zwężony, wskutek opadnięcia tylno-górnej ściany. Błona bębenkowa matowa, szara. Wydzieliny w przewodzie brak.

Ucho lewe: bez zmian chorobowych.

Badanie słuchu: Schwabach norma, Rinne +, Weber w prawo, szept 7 m.

17. VI. Operacja: ropień podokostnowy. W planum mastoid. przetoka prowadząca do dużej jamy, łączącej się z antrum, wypeł-

nionej ziarniną i ropą. Jama ta styka się również z samoistnie obnażoną ścianą zatoki esowatej. Ściana zatoki pokryta ziarniną. W przestrzeni między kanałem n. VII, a zatoką esowatą kość przekrwiona miękka.

18. VI. Stan bezgorączkowy. Samopoczucie chorego dobre.

22. VI. Opatrunek: rana wypełnia się ziarniną: wydzieliny z przewodu brak.

3. VII. Temp. 40^0. Erysipelas faciei.

10. VII. Stan bezgorączkowy.

30. VII. Wypisany z kliniki z raną niezagojoną do leczenia ambulatoryjnego.

Badanie ropy: pneumokoki.

7) Chory T. F., l. 52, przyjęty do kliniki 1. IV. 1929.

Przed 10 tygodniami przechodził grypę, w czasie której miał silny ból i szum w prawem uchu. Po upływie 4 tygodni bóle i szum w uchu ustąpiły. Przed miesiącem bóle ponowiły się, a przed kilku dniami chory spostrzegł za uchem prawem bolesne wygórowanie. Wycieku przez cały czas choroby nie było.

Budowa prawidłowa, odżywianie mierne, wzrost średni. W płucach nieliczne furczenia i świsty; poza tem narządy wewnętrzne bez zmian chorobowych. Temp. 36 8^0.

Ucho prawe: za małżowiną uszną, w środkowej części wyrostka sutkowego, wygórowanie wielkości orzecha włoskiego. Skóra w tem miejscu zaczerwieniona; wyczuwa się chełbotanie. Przewód słuchowy zewn. zwężony (w postaci szczeliny). Błona bębenkowa niewidoczna. Wydzieliny w przewodzie brak.

Ucho lewe: bez zmian chorobowych.

Badanie słuchu: Schwabach wydłużony, Weber w prawo, Rinne —, szept a. c.

3. IV. Operacja: tkanki miękkie silnie nacieczone. W dolnej części planum mastoid. przetoka, z której wydobywa się pod ciśnieniem ropa. Przetoka prowadzi do dużej jamy, stykającej się bezpośrednio z samoistnie obnażoną ścianą zatoki esowatej, wypełnionej płynną ropą i ziarniną. Ściana zatoki pokryta ziarniną. Nieliczne pozostałe komórki wypełnione treścią ropną. W antrum ropa i ziarnina.

5. IV. Stan gorączkowy. Samopoczucie dobre.

8. IV. Opatrunek. Wycieku z przewodu brak.

19.IV. Rana wypełnia się ziarniną. Wypisany do leczenia ambulatoryjnego.

Badanie ropy: pneumokoki.

8) Chory J. D., l. 24, przyjęty do kliniki 4. XII. 1928. Zachorował przed 2 miesiącami, skarżąc się na niewielki ból w uchu prawem. Temperatura w ciągu pierwszych trzech tygodni choroby dochodziła do 38^0. W trzecim tygodniu choroby zostało dokonane nacięcie błony bębenkowej: treści ropnej nie było, natomiast wyciekła niewielka ilość surowiczo-krwistej wydzieliny. Po upływie miesiąca czuł się zdrowym, temperatura była normalna i chory wrócił do pracy. Od dwuch tygodni chory miewa częste bóle głowy, a od 4 dni skarży się na ból za uchem. Przed trzema dniami zjawiło się za uchem prawem bolesne wygórowanie. Wycieku ropnego z ucha przez cały czas trwania choroby nie było.

Budowa prawidłowa, odżywianie mierne, wzrost wysoki. Narządy wewn. bez zmian chorobowych. Temp. 38.4^0.

Ucho prawe: przewód słuchowy zewnętrzny nieznacznie zwężony. Błona bębenkowa blada, matowa, zgrubiała; kontury kosteczek zatarte. Wydzieliny w przewodzie brak. Za małżowiną uszną wygórowanie, pokryte skórą napiętą, zaczerwienioną, bolesne przy dotyku.

Ucho lewe: bez zmian chorobowych.

Badanie słuchu: Schwabach wydłużony, Weber w prawo, Rinne —, szept 1$^1/_2$ m.

6. XII. Operacja: po przecięciu tkanek miękkich wylała się znaczna ilość ropy. Na wysokości planum mastoid. przetoka o brzegach nierównych. Kość miękka, przekrwiona; komórki częściowo zropiałe. Antrum zawiera zropiałą ziarninę. Zatoka nie zmieniona.

8. XII. Stan bezgorączkowy. Skarży się na bóle w okolicy rany pooperacyjnej.

11. XII. Opatrunek: rana wypełnia się ziarniną.

28. XII. Wypisany z kliniki z raną nie zagojoną do leczenia ambulatoryjnego.

Badanie ropy z antrum: streptoc. hem.

11. XII.: " "

17. XII.: " " i staphiloc. albus.

9) Chory B. O, lat 36, przyjęty do kliniki 20. IV. 1929 roku.

W drugiej połowie stycznia b. r., w przebiegu grypy, wystąpił ból w uchu prawem. Po kilku dniach ból minął, pozostało jednak przytępienie słuchu i szum w uchu. Wówczas zostało dwukrotnie wykonane nacięcie błony bębenkowej: W ciągu 4 dni wyciekała z ucha treść surowiczo krwawa. Potem szum ustąpił, słuch się po-

prawił i chory czuł się zdrowym. Przed 2 tygodniami wystąpiły bóle głowy i chory spostrzegł nagle bolesne wygórowanie w okolicy górnego bieguna prawej małżowiny usznej.

Narządy wewnętrzne bez zmian chorobowych. Temp. 37.4^0.

Ucho prawe: w okolicy górnego przyczepu prawej małżowiny usznej i u nasady wyrostka jarzmowego stwierdza się wygórowanie wielkości mandarynki, wyraźnie chełboczące, bolesne przy dotyku. Przewód słuchowy zewn. zwężony w części kostnej. Wydzieliny w przewodzie brak. Błona bębenkowa szara, matowa, zgrubiała.

Ucho lewe: bez zmian chorobowych.

Badanie słuchu: Schwabach wydłużony, Weber w prawo, Rinne —, szept 1 m.

23. IV. Antrotomia: ropień podokostnowy w okolicy nasady wyrostka jarzmowego prawego. Aparat pneumatyczny wyrostka sutkowego dobrze rozwinięty. Komórki zropiałe. W wierzchołku duża jama wypełniona ropą. Przestrzeń między zatoką a kanałem n. VII wypełniona zropiałą ziarniną, pokrywającą również ścianę zatoki esowatej.

24. IV. Temp. 37.4^0. Chory skarży się na bóle głowy.

28. IV. Temp. 37.4^0. Bóle głowy ustąpiły. Opatrunek: rana wypełnia się ziarniną.

7. V. Temp. normalna. Rana goi się dobrze. Wypisany z kliniki do leczenia ambulatoryjnego.

Badanie ropy: strept. hem.

Wszystkie wyżej wyliczone przypadki przebiegały jako otitis lenta, aczkolwiek tylko w jednym z nich udało się wykryć w ropie strept. mucosus. W dwóch przypadkach wykryliśmy paciorkowce hemolizujące, a w przeważającej ilości tych przypadków pneumokoki, co potwierdzałoby zdanie *Lambrakisa*, że koki, posiadające otoczkę, dają naogół obraz kliniczny „mucosus-otitis".

Szczególnie charakterystyczny pod względem swego przebiegu jest przypadek 2: chory zgłosił się do kliniki jedynie z powodu nieustępującego znacznego upośledzenia słuchu; poza tem czuł się dobrze, nie gorączkował, nie miał żadnych innych dolegliwości ze strony ucha, ani bólów głowy. Przypadek ten zarówno jak i przypadek 4 są ciekawe jeszcze ze względu na wyraźnie zaznaczone okresy utajone (Intervallform Kobraka), co ma być niezmiernie charakterystyczne dla przebiegu „mucosus-otitis.

W przypadkach 4 i 6 zwraca uwagę dobry słuch chorych, pomimo długo trwającego i daleko posuniętego cierpienia; w przypad-

kach 4, 6, 7, 8 i 9 widzimy zupełny brak wydzieliny ropnej z ucha, której albo nie było od początku choroby, albo też po krótkim czasie ustąpiła.

Trzej chorzy (2, 6 i 7) przybyli do kliniki w stanie bezgorączkowym, dwaj (2 i 8) z wysoką temperaturą, reszta ze stanem podgorączkowym.

Czas trwania choroby do chwili operacji był długi: w czterech przypadkach — 3 miesiące, w jednym — 10 tygodni, w dwuch — 2 miesiące, w jednym — 7 tygodni, i w jednym — 4 tygodnie.

Przebieg najbardziej zbliżony do prawidłowego przebiegu ostrego ropnego zapalenia ucha środkowego stwierdzamy właśnie w tym przypadku, gdzie w ropie wykryliśmy strept. mucosus.

W większości przypadków jedynym objawem, który zwrócił uwagę chorych na istnienie cierpienia, były ropnie zamałżowinowe.

Wszyscy ci chorzy byli operowani, przyczem podczas operacji stwierdzono rozległe zniszczenie kości wyrostka sutkowego i często zmiany na ścianach zatoki esowatej.

Należałoby tedy może rzczywiście ten przebieg ostrego zapalenia ucha środkowego wyodrębnić w osobną grupę jako otitis lenta, jak to proponuje *Wirth*, niezależnie od wywołujących chorobę drobnoustrojów.

Piśmiennictwo.

1) Wirth: Studien zur klinischen Bakteriologie der akuten Mittelohrentzündung. (Passow-Schäfer Beiträge 1928. 2) Wirth: Die Pneumokokkentypen in der Oto-Rhinologie. (Centrbl. f. Bakt. 1927). 3) Urbantschitsch: Ueber wechselnde bakteriologische Befunde bei Mucosus Otitis. (Mschr. Ohrenheilk. 1926). 4) Urbantschitsch: Ueber Mucosus Meningitis. (Zeitschr. f. Hals- Nasen- u. Ohrenheilk. 1926). 5) Lambrakis: Das klinische Bild, der Mucosus Otitis im Verhältnis zum Bakterienbefund (Mschr. Ohrenheilk. 1926). 6) Eisinger: Untersuchungen über Mucosus Otitis und die postoperative Bakterienflora. (Mschr. Ohrenheilk. 1926). 7) Wąsowski: Kilka uwag o cierpieniach ucha, wywołanych zakażeniem paciorkowcem śluzowym. (Polski Przegl. Otolaryng. 1926). 8) Barwich u. Haardt: Erfahrungen an 266 Fällen von akuter Mastoiditis. (Zeitschr. f. Hals- Nasen- u. Ohrenheilk. 1926). 9) Hesse: Beiträge zur Bakteriologie und Klinik akuter Mittelohreiterungen, akuter Mastoiditiden und deren Komplikationen. (Zeitschr. f. Hals- Nasen- u. Ohrenheilk. 1929)

Z Poradni dla chorych z wadami mowy i głosu przy Klinice Uszno-Gardlanej U.S.B.

Kierownik Kliniki Prof. Dr. *J. Szmurło.*

„Z Kazuistyki chorób mowy i głosu".

Dr. BENEDYKT DYLEWSKI

St. Asystent Kliniki.

Znajomość chorób mowy i głosu jest potrzebna dla każdego lekarza, a zwłaszcza dla oto-laryngologa. Mając stale do czynienia z narządami mowy, oto-laryngolog powinien się znać chociażby na najgłówniejszych jednostkach chorobowych mowy i głosu i umieć sprawdzać normalną funkcję nie tylko słuchu, ale i mowy. Ta wiedza może wyjaśnić istotną przyczynę wielu cierpień gardła i krtani, w których mogą być zmiany miejscowe, jako wtórne objawy chorób mowy i głosu. Nie posiadając dostatecznych wiadomości z zakresu fizjologji i patologji mowy, lekarz oto-laryngolog nie może być na wysokości zadania. Wobec ogromnej roli słuchu w rozwoju i zachowaniu normalnej mowy należy pamiętać, że każdy zabieg operacyjny na uchu może się przyczynić do pogorszenia mowy. Szczególnie nie można wypuszczać tego z pamięci przed decydowaniem się na operację doszczętną u osób cierpiących na obustronne ropienie z uszu, a zwłaszcza u dzieci. Operacja radykalna u dzieci, nawet przy drugiem uchu zdrowem może być robiona tylko jako ostateczny środek, o ile nie można zastosować innego bardziej oszczędzającego słuch zabiegu.

Poniżej podaję parę ciekawych przypadków z dziedziny fonologji, demonstrowanych na posiedzeniu Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego.

I przypadek: **Poprawy słuchu i mowy u głuchoniemej po zapaleniu opon mózgowych.** *J. P.* uczenica lat 15-tu, zgłosiła się do Poradni dla chorych z wadami mowy i głosu celem poprawy mowy. Do piątego roku życia chora mówiła dobrze, potem zaś po przebytem zapaleniu opon mózgowych ogłuchła i zapomniała mówić, przez dwa lata chora nie reagowała na żadne dźwięki. Lekarze orzekli, że chora pozostanie głuchoniemą. Jednakże po paru latach dziecko zaczęło słyszeć i mówić. Po usunięciu wyrośli adenoidalnych w 10 roku życia słuch chorej jeszcze bardziej się polepszył. Obecnie chora uczy się w normalnej szkole, łatwo porozumiewa się z otoczeniem, mówi wszystko, lecz niewyraźnie. Stan obecny. Budowa prawidłowa. Inteligencja nie uposledzona. Narządy wewnętrzne bez —

zmian. Nos, gardło, krtań-norma. Uszy: Obie błony bębenkowe przedstawiają się normalnie. Słuch: Chora słyszy w mowie zwykłej przy samej małżowinie usznej tylko samogłoski. W mowie bardzo głośnej przy samym uchu chora odróżnia poszczególne wyrazy, przeważnie je zgadując. Badanie stroikami: na ucho prawe słyszy C^{16}, C^{32}, C^{64}. Na ucho lewe: C^{16}, C^{32}, C^{64} i C^{128}. Natomiast C^2, C^3, C^4 i C^5 żadnym uchem nie słyszy. Gwizdawkę Galtona słyszy na oba uszy. Po kateteryzacji chora słyszy lepiej, Próba obrotowa: Przy kręceniu w prawo występuje oczopląs poziomy po 12 sekundach w przeciwną stronę i trwa 8 sekund. Przy kręceniu w lewo oczopląs nie występuje. Próba cieplna z obu stron wypadła ujemnie. Badanie mowy. Przeciętny ton mowy — f^1 prawidłowy zaś dla głosu chorej powinien być — c^1. Mowa chorej mało wyraźna, monotonna z odcieniem nosowym, nieprawidłowo akcentowana. Koniec każdego wyrazu wymawia o $^1/_2$—1 ton niżej niż początek. Dźwięki głośne: B, D, G, Z, zastępowane są przez ciche: P, T, K, S. Podczas badania okazało się, że chora porozumiewa się z otoczeniem, odczytując mowę z ust i tylko w nieznacznym stopniu posługując się słuchem. Rodzice chorej byli zdumieni wynikami badania słuchu, bo nie przypuszczali, że ich córka tak źle słyszy. Leczenie chorej polegało przedewszystkiem na ćwiczeniach słuchowych, na usuwaniu mowy nosowej i na przyzwyczajeniu chorej do modulacji głosu. Po miesięcznej kuracji mowa znacznie się poprawiła. Chora może już wymawiać dźwięki głośne: B, D, G, Z. Odcień nosowy mowy znacznie się zmniejszył, co potwierdza się krzywemi na kimografjonie. Przy uwadze podczas ćwiczeń słuchowych chora nauczyła się odróżniać wszystkie samogłoski i kilka spółgłosek w różnej kombinacji z samogłoskami, wymawiane *szeptem* przez rurkę słuchową na odległości 1 metra, a bez rurki — przy samym uchu.

Powyższy przypadek pokazuje przy jak małych resztkach słuchu samodzielna mowa może jeszcze się rozwijać, i że słuch często może być ulepszony za pomocą ćwiczeń słuchowycb, bo przeważna część głuchych wskutek bezczynności na chore ucho słyszy zwykle gorzej, niż dane upośledzenie słuchu może być usprawiedliwione istniejącemi zmianami anatomicznemi narządu słuchowego. Do zakładów dla głuchoniemych często przyjmowane są dzieci z dużemi nawet resztkami słuchu. U takich dzieci lepsze wyniki da słuchowa metoda nauczania mowy niż zwykły szablonowo używany w szkołach dla głuchoniemych sposób nauczania. W Austrji i Niemczech dla dzieci ze znacznemi resztkami słuchu są specjalne szkoły, niezależne od szkół dla głuchoniemych.

II rzadki przypadek: **Rhotacismus nasalis** *J. P.*, lat 13, zgłosił się do Poradni dla chorych z wadami mowy i głosu z powodu niewyraźnej mowy. Narządy wewnętrzne — bez zmian. Inteligencja normalna. Nos, uszy, krtań — norma. Duże wyrośla adenoidalne i przerost migdałków podniebnych. Mowa z wyraźnym odcieniem nosowym, przyczem zamiast dźwięku R daje się słyszeć charczące czmychanie nosem. Dokładniejsze badanie z kimografjonem wykazało, że przy dźwięku R i sąsiadujących z nim powietrze prawie całkowicie wychodzi przez nos. Podczas wymawiania tak Ł jak i R koniec języka obniża się i cofa się ku tyłowi, grzbiet zaś języka jednocześnie się unosi ku podniebieniu miękkiemu. Zamiast ŁA chory wydaje dźwięk UA. Wędzidełko języka jest za krótkie, przeszkadzające w wysuwaniu i podnoszeniu końca języka, który jest rozdwojony wskutek stałego odciągania go ku dołowi przez wędzidełko. Wszystkie inne dźwięki, prócz R i Ł chory może wymawiać prawidłowo. Mamy więc w naszym przypadku rzadką postać chorobową *Rhotacismus nasalis*. Wobec dużych wyrośli adenoidalnych i przerostu migdałków u naszego chorego można byłoby przypuszczać, że przyczyną tej odmiany Rhinolaliae apertae, jak to czasami bywa, są właśnie te powiększone gruczoły, przeszkadzające podniebieniu miękkiemu szczelnie oddzielać jamę nosową od gardła. W podobnym przypadku wskazane byłoby całkowite lub częściowe usunięcie tych gruczołów. Pędzlowanie kokainą jamy nosowo-gardłowej i migdałków wykazało jednak, że skurczenie się tych gruczołów nie polepsza, a tylko pogarsza nosowanie otwarte u chorego. Ten więc Rhotacismus nasalis jest pochodzenia czysto funkcjonalnego i powstał najprawdopodobniej wskutek nadmiernie długiego wędzidełka języka. Wobec skrępowania przez wędzidełko koniecznych do prawidłowego wymawiania dźwięku R ruchów końca języka, chory w okresie kształtowania się mowy nauczył się innego, możliwego dla niego sposobu wymawiania tego dzwięku, który dla jego słuchu wydawał się bardziej bliskim prawidłowego. Wszelke zabiegi operacyjne w nosie i gardle z wyjątkiem podcięcia wędzidełka języka są przeciwskazaee. Leczenie powinno być fonologiczne.

III przypadek: **Słabość głosu (phonastepia), leczona przedtem jako gruźlica krtani.** Br. Z., uczenica 17 lat, cierpi na chrypkę, trwającą już od 4-ch lat. Od 3-ch lat chora stale się leczy u lekarzy specjalistów. Stwierdzano u niej laryngitis chronica, jak również nawet laryngitis chronica tuberculosa. Zalecano chorej dłuższe milczenie i stosowano leczenie przeważnie miejscowe (Inhalacje, przypalania,

pędzlowania i t. d.), ale bez skutku. Stan obecny. Budowa prawidłowa, odżywianie dobre. W płucach, sercu i narządach jamy brzusznej odchyleń od normy nie stwierdzono. W plwocinie prętków Kocha nie wykryto. Nos, gardło — bez zmian. Ucho lewe — norma. Prawa błona bębenkowa bliznowata. Szept na ucho prawe — 50 cm. Rinne — ujemny, Schabach przedłużony. Granica dolna C^{64}, granica górna norma. Weber lateralizowany w stronę prawą. Krtań: Obie prawdziwe struny głosowe zaróżowione, obrzmiałe i nie domykają się podczas fonacji zwykłym dla chorej głosem. Natomiast podczas fonacji wysokich tonów zbliżanie się strun jest zupełne. Zgrubienie błony sluzowej na tylnej ścianie krtani. Głos ochrypły, czasami podczas mowy dochodzi do zupełnej afonji. Bardziej szczegółowe badanie wykazało, że chora wysokie tony w rejestrze głowowym może wymawiać i śpiewać czystym głosem. Jak się okazało, chora nawet śpiewa z powodzeniem w chórze szkolnym i tylko skarży się na chrypkę przeważnie podczas mowy. Przeciętny ton mowy chorej jest f—g, zamiast h, lub c^1, jakby należało dla sopranu. Wszystkie dźwięki chora mówi w rejestrze piersiowym, przyczem bardzo często używa ***coup de glotte.*** Rozpoznano fonastenję z wtórnemi już zmianami miejscowemi w krtani, powstałą wskutek nieprawidłowego użycia głosu po okresie mutacji. Zalecane przez lekarzy milczenie znacznie pogorszyło stan mowy, gdyż chora, oszczędzając głos w obawie przed gruźlicą krtani, zaczęła mówić tylko szeptem i w niewłaściwym rejestrze. Już podczas pierwszych seansow leczenia fonologicznego chora mogła wymawiać pojedyńcze wyrazy głosem zupełnie czystym. Po $1^1/_2$ miesięcznej kuracji chora przy uwadze mówiła już zupełnie dobrze i tylko od czasu do czasu, przeważnie w mowie szybkiej, głos nabiera odcienia matowego. Czasami zaś chora znowu wpada w swój dawny sposób mówienia, ale sama to zauważa i natychmiast się poprawia. W krtani obrzmienie i zaczerwienienie strun i tylnej ściany ustąpiło. Widać jeszcze tylko parę rozszerzonych naczyń wzdłuż strun głosowych.

Powyższe przypadki wymownie świadczą o tem, że ropoznawanie i leczenie tak chorób mowy i głosu, jak też chorób uszu, gardła i nosa jest ściśle ze sobą połączone. Lekarz fonolog powinien być dobrym oto-laryngologiem, tak samo jak oto-laryngolog powinien się znać na chorobach mowy i głosu.

Z Kliniki Otolaryngologicznej U. S. B. Kierownik Prof. Dr. *J. Szmurło.*

DR. TADEUSZ WĄSOWSKI.
St. Asyst. Kliniki.

Przypadek raka tchawicy.

Nowotwory złośliwe tchawicy i oskrzeli zaliczane są do cierpień dość rzadko spotykanych, zwłaszcza gdy chodzi o nowotwory pierwotnie tam się rozwijające. Od czasu *Langhans'a,* który pierwszy w r. 1871 opisał przypadek raka tchawicy, *Nager* w r. 1908 zebrał z piśmiennictwa zaledwie 38 przypadków tego cierpienia; statystyka *Oppikofer'a* opiera się na liczbie 60, a *Guisez'a* na liczbie 74 przypadków raka tchawicy, zebranych z piśmiennictwa. Dzięki tracheobronchoskopji rozpoznanie tego cierpienia zostało znacznie ułatwione, czem można sobie wytłumaczyć, że w piśmiennictwie doby obecnej częściej ukazują się opisy poszczególnych przypadków, niż to miało miejsce dawniej. Co do częstości występowania pierwotnego raka w tchawicy i oskrzelach, to *Hamburg* uważa, że to umiejscowienie w porównaniu do raka żołądka zajmować może drugie miejsce, spostrzeżenia jednak innych autorów stanowczo przeczą temu. *Guisez* do r. 1923 podaje zaledwie dwa własne przypadki raka tchawicy; *Adam James* w ciągu 11 lat spostrzegał cztery razy nowotwór złośliwy tchawicy, *St. Clair Thomson* opisuje cztery podobne przypadki za okres szesnastoletni; dwa przypadki guza złośliwego tchawicy opisał *Chevalier Jackson*; pojedyńcze przypadki opisał *Holmgren*. *Fränkel* na 5.036 raków 7 razy widział rak tchawicy.

Wiek chorych waha się od 18 do 60 lat. Jedynie w przypadku podanym przez *Glass'a*, rak tchawicy stwierdzono u mężczyzny 71 lat. Co do płci chorych, to naogół prawie dwa razy częściej spotykamy to cierpienie u mężczyzn.

Pierwotny rak tchawicy przeważnie rozwija się w górnej lub dolnej części, bardzo rzadko zajmuje jej część środkową *(Haslinger, Minnigerode).* Makroskopowo odróżniamy dwa główne typy: rozlane nacieczenie rakowate i guz ograniczony; nadzwyczaj rzadko spotykamy formę rozrostów brodawczakowatych, lub licznych guzków rakowatych w tchawicy *(Ciechanowski).* Co się tyczy budowy mikroskopowej, to najczęściej notowano carc. planocellulare, cylindrocellulare, rzadziej adenocarcinoma, w pojedyńczych przypadkach cancroid.

Duża wartość kliniczna opisów podobnych rzadkich przypad-

ków skłoniła mnie do podania przypadku pierwotnego raka tchawicy (w miejscu jej rozwidlenia), rozpoznanego na klinice Otolaryngologicznej w Wilnie.

Chory D. I. 46 lat, rolnik z zawodu. Od trzech miesięcy kaszle; przed dwoma tygodniami wystąpiła chrypka i w plwocinie zjawiły się ślady krwi. Leczył się w jednym ze szpitali na prowincji, lecz krwioplucie stawało się coraz częstsze i obfitsze, zjawiła się nieznaczna duszność.

Chory budowy prawidłowej, odżywiania średniego. Ciepłota rano 37, tętno 90, na lewej tętnicy szprychowej słabiej napięte, niż na prawej. Zabarwienie błon śluzowych blade. Badanie płuc wykazało: przytłumienie nad całem lewem płucem, drobne rzężenia, przeważnie nad szczytem lewym; oddech po stronie lewego płuca wyraźnie osłabiony. Serce, narządy jamy brzusznej — bez wyraźnych zmian. Badanie nosa i gardła wykazało pewną bladość śluzówki; w krtani mierne zaróżowienie i obrzmienie więzadeł prawdziwych. Ucho — obustronne zmętnienie błony bębenkowej.

Kilkakrotne badanie plwociny laseczek *Kocha* nie wykazało. Odczyn *Wassermanna* ze krwi ujemny. Zjęcie Roentgenologiczne: cień rozszerzonego śródpiersia na wysokości trzonu IV kręgu piersiowego.

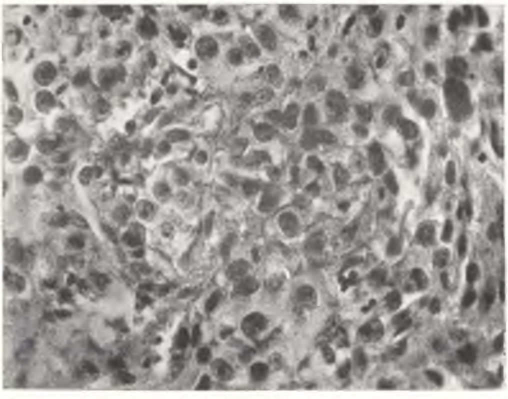
Ciepłota wieczorami do 37,4 — 37,6. Odpluwa niekiedy małe skrzepy.

Podejrzewając nowotwór tchawicy lub oskrzela, wykonaliśmy tracheobronchoskopję, która wykazała: na rozwidleniu tchawicy, bardziej ku lewej stronie guz wielkości maliny, na szerokiej podstawie, o powierzchni nierównej, zabarwienia czerwonawego, silnie zwężający światło lewego oskrzela; guz uciska i odsuwa nazewnątrz wewnętrzną ścianę prawego oskrzela (Rys. 1). Śluzówka tchawicy dookoła guza i widocznego prawego oskrzela niezmieniona. Ostremi kleszczykami wzięto kawałek nowotworu dla zbadania histologicznego, które wykazało: tkanka pokryta nabłonkiem wielowarstwowym walcowatym; w podścielisku rozrost atypowy nabłonków i drobnokomórkowe nacieczenie, składające się z komórek okrągłych i eozynochłonnych (Rys. 2).

Mieliśmy więc do czynienia z rakiem płaskokomórkowym tchawicy i lewego oskrzela. Na podstawie danych zdjęcia roentgenologicznego oraz różnicy napięcia tętna na obu tętnicach szprychowych wnosić możemy, iż sprawa nowotworowa nie ograniczyła się wyłącznie do ściany tchawicy i oskrzela, lecz już zajęła tkankę otaczającą.



Tabl. 1.



Tabl. 2.

Wobec dość znacznej duszności usunięto w drodze tracheobronchoskopji znaczną część guza, poczem poddano chorego głębokim naświetlaniom promieniami Roentgena. Po czterach miesiącach otrzymaliśmy od chorego wiadomość, że poprawy w swym stanie nie zauważył, nie było jednak również wybitnego pogorszenia.

Piśmiennictwo.

Adam James. Four cases of tracheal tumor (Zbl. f. Ohr. IX). Ciechanowski. Chevalier Jackson. (Zbl. IX). St. Clair Thomson. (Ib.). Guisez. Cancer primit. et second. de la bronche (Zbl. f. Ohr. XI). Guisez. Retrecissement de l'oesophage et de la trachée. Haslinger. (Mon. f. Ohr. 1929). Minnigerode. (Denk. u. Kahl.). Nager. Glass (wdł. Guisez).

Z Kliniki Otolaryngologicznej U. S. B. Kierownik Prof. Dr. *J. Szmurło.*

„Przypadek błonicy nosa po rezekcji przegrody".

Dr. BENEDYKT DYLEWSKI

St. Asystent Kliniki.

W praktyce oto-rhino-laryngologicznej błonica odgrywa ważną rolę i to nie tylko błonica gardła, ale też i błonica uszu i ran pooperacyjnych.

Błonica może przebiegać często w postaciach nietypowych, niepełnoobjawowych i tylko przeprowadzenie dokładnych badań w tym kierunku wyjaśnia istotną przyczynę cierpienia. Coraz częściej dokonywane badania bakterjologiczne wydzieliny z nosa, uszu i ran pooperacyjnych przekonywują, że otolaryngolog ma do czynienia z błonicą częściej, niż to przedtem przypuszczano. Kwestję błonicy ucha środkowego omówiłem szczegółowo z podaniem piśmiennictwa w *Nowinach Lekarskich* w związku z obserwowanemi przeze mnie przypadkami. Obecnie podaję ciekawy przypadek błonicy nosa.

Chora G. J., uczenica, lat 17, zgłosiła się 11. XI. 1929 r. na przyjęcie do Kliniki Uszno-Gardlanej U. S. B. ze skargami na utrudnione oddychanie nosem. Stwierdzono duże esowate skrzywienie przegrody nosowej w górnej części ku stronie prawej, a w dolnej — w lewo. Nos wąski. Przewód nosowy dolny lewy zupełnie nie drożny. Przewód nosowy dolny prawy mało drożny z powodu przerostu małżowiny dolnej. Uszy, gardło, krtań — norma. Umieszczo-

no chorą w Klinice celem dokonania operacji rezekcji przegrody.

12. XI. Stan obecny. T. 36,6. Budowa prawidłowa, odżywianie dobre. Ze strony serca, płuc i narządów jamy brzusznej zmian chorobowych nie stwierdzono. Żadnych chorób zakaźnych chora nie przechodziła. Mocz — N.

13. XI. Po zastrzyknięciu morfiny dokonano w znieczuleniu miejscowem (1/2 rozczyn novocainy z adrenaliną) podśluzowej rezekcji przegrody. Wobec bardzo wąskiego nosa trzeba było usuwać skrzywione części przegrody stopniowo małemi kawałeczkami. Po wyprostowaniu przegrody ścięto nożyczkami przerośniętą sluzówkę prawej małżowiny dolnej i wprowadzono do nosa sączki.

14. XI. T. 37,3. Zaczerwienienie prawej błony bębenkowej wzdłuż rękojeści młoteczka. Usunięto z nosa sączki.

15. XI. T. 36,5. Zaczerwienienie prawej błony bębenkowej znikło. Ogólne samopoczucie dobre. W nosie w miernej ilości śluzowa wydzielina.

16. XI. Ciepłota rano — 36,8, a wieczorem — 38,4. Chora uskarża się na lekkie bóle głowy i ogólne niedomaganie.

17. XI. Ranna ciepłota — 38,0, wieczorem — 39,0. W gardle i płucach zmian chorobowych nie stwierdzono. W nosie po stronie operowanej przegrody (lewej) obfita sluzowo-ropna wydzielina. Rana na przegrodzie goi się dobrze, przemyto nos roztworem fizjologicznym soli.

18. XI. Ciepłota rano — 38,2, wieczorem — 38,0. Gardło — norma. W lewej połowie nosa po wymyciu soli fizjologicznym rozczynem sluzowo-ropnej wydzieliny, stwierdzono na przegrodzie i na muszlach dolnej i środkowej szarawe naloty. Podczas usuwania tych nalotów szczypczykami występowało krwawienie. W prawej połowie nosa błona sluzowa normalnie różowa. W dolnym przewodzie w miernej ilości sluzowa wydzielina. Wzięto naloty z nosa i wydzielinę z gardła do zbadania. Jednocześnie wzięto do zbadania wydzielinę z gardła u dwóch chorych, sąsiadujących z naszą chorą.

19. XI. T. 39,3. W nosie — status idem. Uszy, gardło — norm. W mazanym preparacie z błon nosa i wydzieliny z gardła znaleziono nieliczne leukocyty i dwoinki Gramm — dodatnie. Lasaczek Löfflera nie stwierdzono. Natomiast tylko w posiewie z błon z nosa wykryto liczne zarazki błoniczne. W wydzielinie z gardła tak u naszej chorej, jak i u jej sąsiadek na sali laseczek Löfflera nie wykryto. Zastrzyknięto chorej pod skórę brzucha 5000 jednostek surowicy przeciwbłoniczej i odesłano ją do szpitala zakaźnego.

20. XI. Ze szpitala zakaźnego zakomunikowano, że ciepłota u chorej na drugi dzień po zastrzyknięciu surowicy spadła do normy. Ogólny stan się poprawił. W nosie sluzowo-ropna wydzielina, jak również i błony znikły. Po tygodniu chora została wypisana ze szpitala jako zdrowa.

Mamy więc całkowity obraz błonicy jednej połowy nosa, która wystąpiła jako powikłanie po operacji rezekcji przegrody nosa. Błony wystąpiły na trzeci dzień od podniesienia się ciepłoty. Powyższy przypadek jaskrawo podkreśla ważność posiewu w badaniach bakterjologicznych, zwłaszcza na błonicę i jest ciekawy nie tylko z powodu swej rzadkości, lecz i z punktu widenia sposobu zakażenia. Chora nigdy nie przechodziła błonicy gardła. Gardło przez cały czas obecnej choroby nie wykazywało żadnych zmian chorobowych i w wydzielinie z niego laseczek Löfflera nie stwierdzono. Pozostaje tylko przypuszczenie że zarazki błonicze przebywały u chorej w nosie jako saprofity i tylko na zmienionym po operacji podłożu nabrały jadowitości i zrobiły się szkodliwe dla nosiciela. Dlatego też ten przypadek świadczy również o konieczności odkażania pola operacyjnego przed operacjami w nosie. W Paryskich Klinikach (*Lemaitre)* w tym celu stosują w ciągu 10—14 dni przed operacją przemywanie nosa izotonicznym roztworem Natrii salicylici, lub Natrii biborici, lub też zapisują chorym zapuszczanie do nosa kropli z Collargolu. Według opinji lekarzy francuskich po takiem odkażaniu jamy nosowej ilość powikłań po operacjach nosowych znacznie się zmniejsza.

Z kliniki Otolaryngologicznej Uniwersytetu Poznańskiego

Przypadek ciała obcego w przełyku u 8-mio miesięcznego dziecka.

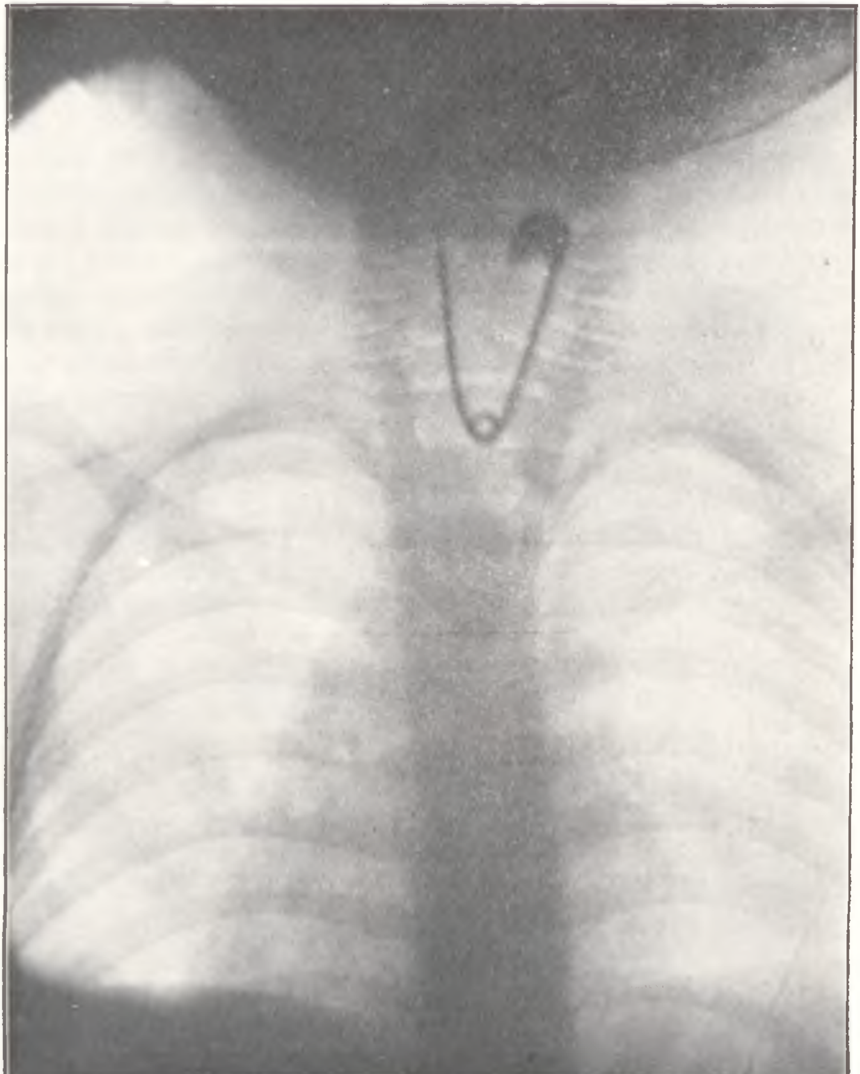
Podał: Doc. Dr. A. LASKIEWICZ.

Ciała metaliczne ostre, jak to: igły, szpilki, agrafki, wbite w ścianę przełyku, tchawicy, czy oskrzeli, należą bez wątpienia do najcięższych o ile chodzi o ich usunięcie drogą endoskopji. Stąd to już w samym początku tej nowej metody leczniczej, wchodzącej w zakres naszej specjalności, podawano najrozmaitsze przyrządy, które miały nadać ciału obcemu inne położenie, a często i kształt, w stosunku do otaczających go ścian, by temsamem przygotować je do właściwego aktu usunięcia na zewnątrz.

Co się tyczy wydobycia otwartej ku górze agrafki uwięźniętej w przełyku lub tchawicy, to jednym z najstarszych jest sposób podany przez *Chevalier Jacksona*. Autor ten ujmował tak uwięźniętą agrafkę specjalnym chwytnikiem w jej dolnem zgięciu (kolanko), a następnie wsunąwszy ją do żołądka, obracał w tej szerokiej przestrzeni o 180^0 kolankiem ku górze, które w tem ułożeniu daje się już z łatwością wciągnać do rury endoskopowej, bez zaczepienia ostrym końcem o ścianę przełyku. Prócz tego podał wyżej wspomniany autor jeszcze bardziej skomplikowany przyrząd, opatrzony na końcu pętlą, który zakładał w rurze ezophagoskopowej od dołu na kolanko agrafki, a równocześnie wprowadzał długi zgłębnik, zakończony na końcu widełkowato, którym utrzymywał i zamykał tę agrafkę od wewnątrz. Sposób ten, wymagający wprowadzenia aż trzech instrumentów naraz (rury ezophagoskopowej, chwytnika z pętlą oraz rozwidlonego na końcu zgłębnika), okazał się wielce niedogodnym, zwłaszcza u dzieci.

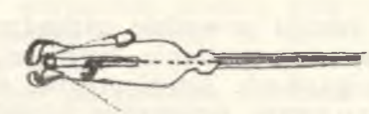
Mosher zmodyfikował rurę esofagoskopową do extrakcji otwartych agrafek w ten sposób, że dodał na jej końcu wycięcie za zarysami zatrzasku agrafki, pod które to wycięcie podchodziło kolanko agrafki uchwyconej (za zatrzask) chwytnikiem haczykowym. Podczas cofnięcia otwartej agrafki ku dołowi, oba jej ramiona zbliżały się ku sobie, tak iż z łatwością można było ją wprowadzić do światła rury ezofagoskopowej i usunąć na zewnątrz.

Struycken podał podobny przyrząd. *Hubbardt i Arrowsmith*— dość skomplikowane chwytniki, ujmujące nie zawsze pewnie ciało obce. Wreszbie *Schlemmer* skonstruował przy pomocy instrumentu *Leitera* przyrząd, składający się z 2-ch pętlicowato zgiętych bocznych chwytników, mających za zadanie zbliżyć ku sobie otwarte ramiona agrafki, a równocześnie środkowy pręt, zakończony trójgraniastem rozwidleniem, poruszający się na osistej sztancy, służy do ustalenia kolanka agrafki. Szerokość rozwarcia obu chwytników na zewnątrz musi być w każdym przypadku przed zabiegiem ściśle określona podług zdjęcia roentgenowskiego. Przyznać trzeba, że konstrukcja chwytnika *Schlemmera*, jakkolwiek w zasadzie bardzo pomysłowa, nie jest jednakże wolna od wad. Już samo wprowadzenie przyrządu wymaga zręczności i wytężonej uwagi, aby nie zaczepić którymkolwiek z chwytników o ścianę przełyku, powtóre każdorazowe nastawienie obu ramion przyrządu w celu pewnego i mocnego ujęcia ciała obcego, nasuwa konieczność wykonania dokładnego zdjęcia roentgenowskiego, wreszcie samo założenie tego chwytnika nie jest rzeczą prostą i łatwą.



Rys. 1. Dziecko 8-mio mies. St. S. Agrafka 3 cm. dług. w górnej części przełyku.

Z tych więc względów wydaje mi się chwytnik, podany przez *Eyckena* o wiele prostszym w konstrukcji i manipulacji. Składa się on z 2-ch części, poruszających się na osi podłużnej. Część dolna przedstawia płytkę długości 3 cm, szerokości około 1 cm, zakończoną 2-ma ku sobie zagiętemi dość szerokiemi i tępemi haczykami, pomiędzy które ma wejść kolanko agrafki od dołu. W wycięciu, umieszczonem w linji środkowej tej płytki, przesuwa się od góry ku dołowi 2-gi chwytnik w postaci zęba z wcięciem 4 mm długiem, przeznaczonem do ujęcia kolanka agrafki od strony wewnętrznej. Przyrząd ten jako nasadka może być wkręcany do sztancy *Brüningsa* i działa w ten sposób, że w chwili jej zamknięcia płytka wraz z haczykami podnosi się ku górze, podczas gdy równocześnie drugi chwytnik opuszcza się ku dołowi i schodzi przeszło na 1 cm poniżej tej płytki. Cała sztuka udania się extrakcji polega na zręcznem wprowadzeniu płytki pod kolanko agrafki i wsunięciu tegoż pomiędzy oba haczyki tej płytki. Równocześne powolne zamknięcie tej sztancy powoduje zsunięcie się zęba w dół, który swem wcięciem chwyta kolanko od wewnątrz, a wcisnąwszy je pomiędzy haczyki, tem samem zamyka agrafkę i umożliwia wprowadzenie jej do rury ezofagoskopowej. Postępowanie to jest bez porównania prostsze i łatwiejsze aniżeli przy użyciu chwytnika *Schlemmera* i nie wymaga uprzedniego dokładnego zdjęcia roentgenowskiego.



Wreszcie wspomnieć tu należy o sposobie wydobycia otwartych ku górze agrafek, podanym przez *Wagenera* z Getyngi, a polegającym na użyciu wydrążonego na końcu zgłębnika miedzianego (*Hülsensonde*), która w ezofagoskopji nakłada się na ostry koniec agrafki, tępy zaś jej koniec ujmuje się zwykłym chwytnikiem do ciał obcych i wraz z rurą ezopagoskopową wydostaje na zewnątrz.

Przypadek nasz dotyczy dziecka 8-mio miesięcznego, S. St., przysłanego ze szpitala św. Józefa z połkniętą przed dwoma dniami agrafką. Badanie wykazało: Dziecko na swój wiek dobrze rozwinięte, dość wątłe, oddech pęcherzykowy, przerywany kaszlem i wilgotnemi rzężeniami. Ciepłota nie podwyższona. Prześwietlenie i zdjęcie roentgenowskie wykazało agrafkę dlugości 3 cm otwartą i uwięzniętą w $^{3}/_{4}$ swej długości w początku przełyku, zaś górna $^{1}/_{3}$ jej część tkwiła w gardle dolnem, wbita ostrym swym końcem w jego ścianę boczną

lewą. W uśpieniu eterowem, w ułożeniu na brzuchu, założyłem rurę tracheoskopu *Brüningsa, Nr. 5*, do której wprowadziłem chwytnik *Eyckena*, nastawiony mniejwięcej na daną wielkość agrafki. Jednak z powodu obrzęku śluzowego gardła dolnego i przełyku, musiałem wprzód roztworem adrenaliny zanemizować pole operacyjne. Dopiero w tak przygotowanym terenie operacyjnym udało mi się wprowadzić ów chwytnik do przełyku i podejść pod kolanko agrafki. Następnie przez powolne zamknięcie sztancy ząb jej obniżył się ku dołowi, chwytając w swoje wycięcie kolanko agrafki od góry. Tem samem oba otwarte ramiona agrafki zbliżyły się ku sobie, umożliwiając jej wydobycie wraz z rurą ezopagoskopową bez żadnych już przeszkód na zewnątrz. Stan po usunięciu ciała obcego dobry, a połykanie w ciągu kilku następnych dni zwolna wróciło do stanu prawidłowego.

STRESZCZENIA.

Nos.

LEON E. WHITE. Umiejscowienie ogniska w zaburzeniach nerwu wzrokowego, spowodowanego zakażeniem. (Annals of OtoRLar. Nr. 1. 1928).

Wiele ognisk w ustroju powoduje uszkodzenie nerwu wzrokowego, powstającego wskutek zakażenia. Najwięcej takich ognisk znajduje się w zębach i migdałkach. Zatoki nosowe wskutek tego, że na nich najwięcej zwracano uwagę, przeważnie ściągały uwagę rynologów z przeoczeniem innych znacznie częstszych ognisk zakażenia. Zakażenia zębowe są łatwo przeoczane. Dewitalizowane zęby są dużem źródłem zakażenia. Migdałki są częstem źródłem zakażenia i winne być usunięte, jeżeli mają wygląd podejrzany, a innych ognisk zakaźnych nie wykryto. Z pomiędzy zatok nosowych szczękowe są najczęściej siedliskiem zakażenia. Znaczne zatkanie nosa winno być usunięte, zakażenie innych zatok powinno być wykluczone, lecz to zdarza się rzadko. Przewietrzenie zatoki klinowej jako zabieg leczniczy rzadko jest wskazany, jeszcze czasem bywa zalecany, gdy grozi zanik nerwu wzrokowego. Zakażenie może pochodzić z oddalonych okolic ustroju. Ognisko może być wykryte w wyrostku robaczkowym, woreczku żółciowym, gruczole krokowym, trąbkach Fallopjusza, przewodzie pokarmowym i moczopłciowym. Zakażenia narządowe po grypie, płonicy i t. p. mogą być przyczyną schorzenia n wzrokowego. W ponad 80% przypadków przyczyną bywają zakażone zęby lub migdałki, lub też jedne i drugie. W przypadkach gdzie się podejrzewa utrudnienie przewietrzania lub odpływu z zatok tylnych, możli-

wie powodujące ujemne ciśnienie jest miejscowe leczenie wskazane: rozpylanie w nosie 3% ephedriny na środkową muszlę co 2—3 godz. z następnym zapuszczaniem ciepłego oleju mineralnego lub maści, gorące solne irygacje, wysysanie, tampony z argyrolem i t. p. dopomagają w ustaleniu przewietrzania i odpływu z tylnych zatok.

LEWIS A. COFFIN. Zaburzenia nerwu wzrokowego wskutek schorzenia zatok. (Annals of Oto-RLaryng. Nr. 1. 1928).

Autor jest zdania, że zmiany w nerwie wzrokowym są skutkiem mechanicznego zaburzenia w krążeniu, a te mogą być wywołane nawet schorzeniem zatok i dalej położonych od nerwu wzrokowego. Wielu autorów jest zdania, że zatoki odgrywają tylko nieznaczną rolę w zaburzeniach n. wzrokowego w porównaniu z innemi ogniskami zakażenia. Wszystko to być może, jeżeli chodzi o zarazki i toksyny ze krwi, lecz istnieje inny rodzaj zaburzeń tego nerwu wskutek schorzenia zatok, nie tak często rozpoznawane, gdzie schorzenie jest wywołane przez zapalny stan żył sitowych i ocznych, który utrudnia odpływ krwi i tem się stwarza obrzęk. Widzimy zjawisko podobne przy guzach mózgu, gdzie wskutek ucisku na żyły i utrudnionego odpływu powstaje obrzęk nerwu wzrokowego. Podobneż warunki stwarzają i schorzałe zatoki, gdy światło żył jest zmniejszone czy to przez stan zapalny ścianek żył, czy też przez zaczopowanie. Drobnoustroje lub jady ich, przedostające się drogą krwi, nie mogą spowodować tych warunków obrzmienia. Podmiotowo chorzy, których nerw został uszkodzony toksynami drogą krwi, skarżą się na zaburzenia wzrokowe, podczas gdy przy obrzęku nerwu normalny wzrok z początku może być zachowany, i tylko przypadkowo zmiany w tarczy wzrokowej zostaią wykryte. Ostatecznie i w jednym i drugim wypadku dochodzi do zaniku nerwu wzrokowego. Należy pamiętać, że często zaburzenia n. wzrokowego powstają wskutek t. zw. utajonego lub skrytego zapalenia zatok.

ROSS HALL SKILLERN. Spostrzeżenia nad zagadnieniem zatok sitowych. (Annals of ORLar. Nr. 1. 1928).

Autor uważa przy schorzeniu zatok sitowych jedynym wskazanym zabiegiem usunięcie muszli środkowej, czem usuwa się zaporę, tamującą należytą wentylację nosa, a z ustaleniem należytego przewietrzania poprawiają się i ustępują stany zapalne, pogarszaią się warunki dla rozwoju drobnoustrojów. Autor opiera swe zdanie na licznych spostrzeżeniach nieskutecznych, a często i wręcz szkodliwych zabiegów energicznego usuwania komórek sitowych. Po wycięciu muszli po 4 — 5 dniach przystępuje autor do dalszego leczenia, polegającego na zakładaniu do nosa tamponów z preparatami koloidalnego srebra: argyrol, silvol i t. p. Tu trzeba zachować pewne warunki: rozczyn powinien być silny (25—50), świeżo przygotowany, gorący lub conajmniej ciepły, tampony mają pozostawać 4 — 6 godz. Uprzednio oczyszcza się nos gorącym rozczynem solnym. Tampony grubości palca ostrożnie wprowadza się aż do pokrycia całej powierzchni sitowej. Stosuje się w ciągu 4 — 6 tygodni co drugi dzień a w miarę ustępowania stanu chorobowego i rzadziej.

RIDPATH. Zapalenie zatoki klinowej i jego objawy. (The Laryngoscope Nr. 12 1927).

Oprócz zwykłego podziału na ostre i przewlekłe, ostatnie autor dzieli na 2 podgrupy: a) z wolnem ujściem i b) z ujściem zatkanem. Objawy ostrego zapalenia są podmiotowe, przedmiotowe i oczne: ból głowy, ból w okolicy sutkowej, niezdolność koncentracji myśli, wstręt do pracy umysłowej, wyciek, kakosmia, rozszerzenie ślepego punktu. Ból głowy może być spowodowany zalaniem zatoki lub ujemnem ciśnieniem, zwykle umiejscowiany w części potylicowej, promieniujący do ciemienia. Dwa objawy o których nigdzie nie wzmiankuje się: ból nad kłem górnym po stronie chorej i ból lub pieczenie odczuwane w miejscu połączenia miękkiego podniebienia i łuku przedniego. Przedmiotowo objawów mało lub brak zupełnie: obrzmienie sluzówki tylnositowej, czasem wydzielina w szczelinie węchowej lub na tylnej ścianie gardła, ciepłota 38—39. Przewlekłe zakażenie zatoki klinowej daje bardzo różnorodne objawy: zasychająca wydzielina ciemno-żółta lub szarawa na tylnej ścianie gardła, typowy zapach kakosmiczny, objawy uciskowe — bóle głowy, trwające jedną do kilku godzin, nie zmniejszające się ze zmianą położenia i pod wpływem zwykłych środków, ból poza okiem tępy lub tętniący, zaburzenia pamięci, tępość, ogólne przygnębienie, brak inicjatywy, niechęć do pracy, objawy oczne: nagła jednostronna ślepota wskutek ucisku na nerw oczny w foramen opticum lub wskutek perineuritis lub toksaemji. Wytrzeszcz z obrzmieniem spojówek lub bez. Scotoma saltans i diplopia należą do częstych objawów. Zaburzenia węchowe. Objawy ogólne: ból gardła, kaszel krtaniowy, bezgłos, chrypka, nieżyt oskrzeli, zaburzenia żołądkowe, brak łaknienia, skłonność do wymiotów. Zaburzenia wątrobowe i pęcherza żółciowego z nowym objawem — żółtem zabarwieniem podniebienia miękkiego—często się spotyka. Powikłania: zakrzep zatoki jamistej, neuritis retrobulbaris z częściową lub zupełną utratą wzroku, meningitis basalis.

FREDERICK HILL. Uwagi o ryzyku zabiegów w nosie u osób ze zmianami starczemi. (Annals of ORLanryngol. 1927 Nr. 2).

Zmiany starcze sercowo-nerkowe i krążeniowe mogą być przedwczesne i dlatego u osób w wieku podeszłym należy mieć to na uwadze i decydować się na zabieg, gdy są dobre szanse wyzdrowienia lub poprawy po najdokładniejszem zbadaniu chorego przy współudziale internisty i oftalmologa. Dokładne systematyczne badanie dna oka może wykryć zmiany miażdżycowe tam, gdzie inne badania tego nie wykażą. Największe ryzyko, którego należy się obawiać to krwotoki i zatory mózgowe. Użycie adrenaliny może usposabiać do tego. Miejscowe znieczulenie, najwięcej wskazane, jest skuteczniejsze i oszczędza chorego, zwłaszcza jeżeli jest połączone z narkozą rektalną. Pomimo iednak największej ostrożności mogą zdarzyć się poważne powikłania. Chirurgja ma pewien stopień tragedji, a nierozpoznane i niepodejrzewane przypadki przedwczesnych zmian starszych dostarczają dużo materjału ku temu.

EDLEY H. JANES. Gruźlica zatoki szczękowej — przypadek wyleczony. (The Laryngoscope Nr. 6 1928).

Mężczyzna l. 59 w ciągu 2 tygodni krwawienia z nosa. Przy badaniu nosa swierdzono tylko trochę zaschniętej krwi z pod środkowej muszli ze strony prawej. Prześwietlenie ujemne. Roentgen wykazał tylko zamglenie prawej zatoki szczękowej w górnej i dolnej części. Przy otwarciu zatoki stwierdzono gruzełek na przegródce poprzecznej, opuszczającej się ze sklepienia i skrzep krwi na dnie zatoki. Przegrodkę wycięto i przesłano do zbadania: mikroskopowo zmiany zapalne z bardzo niewyraźnemi oznakami zmian gruźliczych. Po 2 dniach sączki usunięto, stosowano 10% argyrol. Przy badaniu ropy prątków Kocha nie stwierdzono; powtórne badanie ropy po kilku dniach wykazało ich obecność. Zastosowano wstrzyknięcie do zatoki 5 ctm. ol. chaulmogra co spowodowało nudności, stosowano więc następnie 50% ol. chaulmogra 5 ctm. codzień. Ropna wydzielina po kilku dniach ustąpiła. Badanie antrum rynofaryngoscopem innych zmian oprócz wygojonej blizny nie wykazało.

Rozwadowski.

Oceny.

Prof. *L. Puusepp.* Die Tumoren des Gehirns. 1929. Tartu (Dorpat). Trudnem jest dla otolaryngologa podjąć się oceny fachowej dzieła z dziedziny patologji centralnego systemu nerwowego, jakiem jest książka prof. Puusepp'a. Nie pod tym przeto kątem widzenia zabieram głos w tej sprawie. Dzieło prof. Puusepp'a należy do tych nielicznych prac typu podręcznika, które nietylko nie męczą czytelnika suchością cyfr statystycznych i ogromem przytaczanej literatury, lecz strona po stronie coraz go bardziej zaciekawiają. W każdem zdaniu autora wyczuwa się gruntowną znajomość przedmiotu, opartą na wieloletniem i bogatem własnem doświadczeniu. Dla otolaryngologa doby obecnej przy tak szerokim zakresie jego działania, znajomość tej książki dać może wiele korzyści, gdyż znajdzie on w niej nie tylko wiele cennych wskazówek z dziedziny djagnostyki guzów mózgu, lecz i materjał doświadczenia chirurgicznego.

Wąsowski.

Sekcja Wileńska Pol. Tow. Otolar.

Posiedzenie 17. I - 1928 r.

Obecnych 10 osób.

Prof. *Szmurło* demonstruje przypadek *raka szczęki górnej* u chorego izraelity, któremu dokonał przed kilku tygodniami usunięcia nowotworu, który zniszczył całą prawie szczękę górną przechodząc na odpowiednią część nosa, po wycięciu nowotworu zastowano diatermję. Upłynęło już kilka tygodni; nawrotów nie widać, chory czuje się dobrze. W dyskusji zabierali głos kol. *Świeżyński, Lewande. Rozwadowski.*

Następnie Prof. *Szmurło* demonstruje dziewczynę lat 20 *z dużym nowotworem szczęki górnej z przerzutami znacznemi na szyi*. Przy badaniu wyciętego kawałka stwierdzono *mięsak*. Dokonano wycięcia nowotworu szczęki, również i przerzutów na szyi, które jednak tylko częściowo się udało, gdyż nowotwór rozwijał się koło dużych naczyń szyi i przerastał je, wskutek tego nie można go było usunąć zupełnie. Obecnie na szyi z obu stron nowotwór się rozrasta ponownie, niszczy się go diatermją. Rokowanie niepomyślne.

Następnie omawia Prof. *Szmurło* przypadek niedawno operowanego *nowotworu przełyku*, który chciał usunąć po usunięciu krtani, lecz gdy ją się usunęło, okazało się, że nowotwór położony jest zanadto nisko, aby można go było dosięgnąć tą drogą; nie mogąc go więc usunąć, zaszyto tylko ranę. Chory zmarł po kilku dniach na zapalenie płuc. W dyskusji biorą udział kol. *Swieżyński, Rozwadowski, Dylewski*.

Posiedzenie 18. III - 1928 r.

Obecnych 8 osób.

Prof. *Szmurło* omawia jeden *przypadek chorego, przyjętego do Kliniki ze skargami na utrudnienie w połykaniu*. Przy badaniu swierdzono nieruchomość prawego więzadła krtani, przy oesofagoskopji naciek w dolnej części gardła przechodzący na początek przełyku. Badanie wyciętego kawałka wykazało budowę *raka*. Chory na operację nie zgodził się. Leczy się obecnie głębokiemi naświetlaniami Roentgena.

2-gi przypadek demonstrowany — *naciek i częściowe zniszczenie nagłośni przypuszczalnie pochodzenia kiłowego*.

Następnie *twardziel krtani* u izraelitki, której dokonano laryngophissurę i wycięcia rozrostów i drugi przypadek twardzieli u dziewczyny z dużemi zmianami w nosie i znacznem zwężeniem krtani.

Kol. *Lewande* zna chorą z twardzielą (pierwszą demonstrowaną) od kilku lat, stwierdził wówczas zwężenie krtani; robił rozszerzanie rurą Schröttera, po roku zwężenie już było tak znaczne, że musiano dokonać tracheotomji, po niejakim czasie rurkę usunięto, lecz było duże zwężenie. Co rok ma na oddziale w Szpitalu kilka przypadków zwężeń krtani, które są przypuszczalnie pochodzenia twardzielowego. Należy przypuścić, że twardziel jest u nas częstą; do ostatnich lat nie spotykał twardzieli wśród izraelitów i dopiero w ciągu paru ostatnich lat widział kilka przypadków. Zapytuje, w jakim stopniu jest zaraźliwa twardziel, przypuszcza, że twardziel u nas się rozszerza, należy więc przyjąć, że jest to choroba zakaźna.

Kol. *Swieżyński* zwraca uwagę, że największy materjał twardzieli ma Klinika Lwowska, która w tej sprawie w swoim czasie rozsyłała ankietę. Prof. *Szmurło* przytacza przypadek, gdzie u dwóch członków rodziny była stwierdzona twardziel. Kol. *Swieżyński* podnosi sprawę leczenia twardzieli Roentgenem, który u niektórych dało dobre wyniki. Kol. *Rozwadowski* widział kilka przypadków twardzieli, leczonych Roentgenem z pomyślnym wynikiem. Prof. *Szmurło* mówi o trudnościach leczenia Roentgenem wskutek znacznych kosztów, przypuszcza, że diatermja może mieć tu zastosowanie.

Posiedzenie 17. VI-1928 r.

Przewodniczący Prof. *Szmurło*. Obecnych 9 osób. Po odczytaniu i przyjęciu protokułu poprzedniego posiedzenia Prof. *Szmurło* demonstruje *chorego operowanego z powodu nowotworu szczęki górnej prawej*. Nowotwór zajął całą szczękę górną i uwypuklił się nazewnątrz. Oko bez zmian. Operacyjnie usunięto cały guz, poza tem resztki przypalono diatermją. Ranę pozostawiono otwartą. Wynik narazie dobry; kosmetyczna operacja będzie wykonana później. W dyskusji zabierali głos kol. *Lewande*, *Libo*, *Swieżyński*.

Kol. *Dylewski* wygłosił *referat o zachowaniu się podniebienia miękkiego przy wymawianiu zgłosek*, który będzie ogłoszony drukiem.

Posiedzenie 14. X-1928 r.

Obecnych 10 osób. Kol. *Wąsowski* demonstruje *chorego z dwustronnem porażeniem nerwu twarzowego w przebiegu influenzy*. Opis przypadku będzie podany do druku. Prof. *Szmurło* demonstruje *2 przypadki nowotworu szczęki górnej*. Kobieta operowana już przed 2 laty z powodu *mięsaka* szczęki górnej. Obecnie operowano ją radykalnie, potem wypalono resztki diatermją. Badanie drobnowidowe wykazało cylindromat. Drugi chory przed ½ rokiem był operowany z powodu guza prawej górnej szczęki — drogą przez usta i fossa canina. Stwierdzono *fibromat* zapalny. Teraz nawrót. Obrzmienie całej okolicy prawej szczęki górnej, ruchomy, nie zrośnięty z kością guz. W nosie bez zmian. Zęby ruchome. W narkozie rektalnej cięcie *Denkera*, wydzielono guz, poczem resztki zniszczono diatermją. Badanie drobnowidowe wykazuje budowę fibromatu, moc jąder, dużo komórek młodych o charakterze fibro-sarcomatu. Dyskusja: Kol. *Swieżyński* mówi o porażeniach nerwu twarzowego, że nie zawsze trzeba śpieszyć z zabiegiem operacyjnym w tem cierpieniu, nagle występującem, jak tego dowodzi demonstrowany przypadek. Kol. *Lewande* mówi, że porażenie nerwu twarzowego jest tu obwodowe. Dwustronnie bywa rzadko. Co do słuchu, to czasem zdarza się, że zdrowy odrazu po grypie traci słuch. Ciekawy jest fakt wysypki, czy nie było tu wysypki na błonie. Może to być neuritis gripposa. Kol. *Rozwadowski* jest zdania, że to zapalenie nerwu jest na tle herpes zoster oticus. Dwustronne bywają bardzo rzadko. Typowem jest zajęcie błędnika przy próbie cieplnej. Kol. *Wąsowski* odpowiada, że tło półpaścowe nie może być wykluczone, że sprawa zajęła nerw na podstawie czaszki, za tem przemawia badanie neurolog. Prof. *Szmurło* uważa, że tło półpaśćca nie można przyjmować bez apelacji, gdyż była to sprawa grypowa, zatem również przemawiają objawy neurolog. Jest tu selekcja nerwów, gdyż nerw intermedius nie był zajęty. Co do przypadków nowotworu szczęki górnej, kol. Lewande przypomina, że drugi chory był u niego przed ½ r. ze skargami na guz szczęki górnej prawej. W nosie zmian nie było. Zęby chwiały się, niektóre zostały usunięte. Gruczoły nie były powiększone. Można było przypuszczać, że była to cysta. Podczas operacji wykonano próbne nakłucie, lecz bez wyniku. Cała jama szczękowa była wypełniona masami dość twardemi, mało krwawiącemi. Badanie wykazało tumor inflammatorius. Obecnie odnowa sprawy. Prof. *Szmurło* odpowiada, że początkowe rozpoznanie skłaniało się w stronę osteomyelitis. Operacja jednak wykazała, że mamy do czynienia z guzem. Budowa anatomo-patologiczna wykazuje, że mamy

dużo komórek okrągłych, które nie robią wrażenia zapalnych. Kol. *Swieżyński* pyta, czy nie można tego guza zaliczyć do nowotworów niewyjaśnionych. Przypomina przypadek nowotworu w krtani na strunie, który dawał objawy stenozy. Wyjęte kawałki wykazały budowę tkanki zapalnej. Nowotwór recydywował kilkakrotnie. Operowano go potem drogą laryngofissury, badanie wykazywało stale tkankę zapalną. Wreszcie chory zakończył życie samobójstwem.

Wybory nowego Zarządu: Prezesem wybrany Prof. Szmurło, vice-prezesem kol. Lewande, sekretarzem — kol. Wąsowski, skarbnikiem — kol. Libo.

Posiedzenie 18.XI—1928 roku.

Przewodniczący Dr. *Lewande*. Obecnych 10 osób. Po odczytaniu i przyjęciu protokółu poprzedniego posiedzenia kol. *Wąsowski* wygłasza *referat p. t. „Rozważania nad metodą badania wzoru krwi w ropnych sprawach ucha środkowego"*. Referat przeznaczony do druku. Kol. *Swieżyński* zapytuje, jakie wnioski wysnuwa autor. Kol. *Czarnowski* pyta, jakim materjałem rozporządzał Glasscheib. Prof. *Szmurło* podkreśla, że te badania zostały zapoczątkowane na klinice Wileńskiej. Na podstawie tylko cyfr wniosków nie można wyciągać. Badania są trudne, gdyż np. często trudno odróżnić formy monocytów od limfocytów. Czy nie trzeba byłoby połączyć te dwie grupy. Obecność form młodych dowodzi ciężkiego schorzenia. Są pewne indywidualne różnice, które wpływają na różnice wzoru leukocytowego. Kol. *Lewande* podkreśla, że badanie krwi jest cenną metodą pomocniczą, lecz każde cierpienie daje różną formułę. Kol. *Wąsowski* w odpowiedzi zaznacza, że metodę omawianą należy traktować jako pomocniczą, że nieraz daje ona cenne wskazówki, lecz łącznie z obrazem klinicznym. Oczywiście rozmaite odchylenia indywidualne należy mieć na uwadze.

Prof *Szmurło omawia przypadek zejścia śmiertelnego*, jaki miał miejsce w klinice przed 10 dniami. Chory był operowany przed 2 laty z powodu perlaka i przetoki błędnika. Po operacji doszczętnej poprawił się. Teraz wystąpiły bóle głowy, ropienie z ucha. Na małżowinie usznej zjawiło się głębokie owrzodzenie, w jamie ucha środkowego ziarnina, ściana błędnika obnażona. Pozostały resztki słuchu, błędnik statyczny reaguje na podrażnienie. Po otwarciu rany usunięto rozrosty. Chory zaczął się czuć lepiej, jednak po 10 dniach znów zaczęły się bóle. Zauważono jakby martwicę w okolicy ściany ślimaka. T^0 — 38^0. Błędnik przestał reagować na podrażnienia. Słuch zmieniony. Sztywność karku. Nakłucia lędźwiowe bez wyniku. Wykonano operację otwarcia błędnika w znieczuleniu miejscowem. Nakłucie mózgu i móżdzku nic nie dało. Na 3-ci dzień t^0 — 40^0. Nakłucie lędźwiowe dało płyn bez znacznego ciśnienia — posiew płynu m .r. bez wyniku. Nakłucie komory bocznej nie dało płynu. Chory zmarł. Na sekcji nie stwierdzono meningitis. Komory boczne puste, objawy encephalitis. U szczytu piramidy między oponami mała torbiel z zawartością płynną, żółtą, wielkości grochu. Kol. *Swieżyński* pyta, czy nie robiono sekcji innych narządów. Kol. *Lewande* zapytuje, czy był obraz encephalitis ac. Przypadek ten zna ze Szpitala Żydowskiego. Po usunięciu ziarniny powstał niedowład nerwu twarzowego, który jednak szybko ustąpił. Można tu myśleć o sepsie. Czy encephalitis nie była skutkiem nakłucia. Kol. *Czarnowski* przypomina przypadek, w którym na sekcji stwierdzono również objawy obrzęku mózgu. Kol. *Rywkind* zapytuje, czy nie

był to obrzęk mózgu pośmiertny. Prof. *Szmurło* odpowiada, że objawy obrzęku były dwustronne, przyczyną tego zjawiska jest ciemna, być może badanie anatomopatologiczne wyświetli sprawę. Najprawdopodobniej jest to gruźlica kości skalistej. *Wąsowski.*

Protokół z 8-go posiedzenia sekcji poznańsko-pomorskiej Tow. Oto-Laryngol.

odbytego w dniu 22.I. 1929 roku w klinice Oto-Laryngol. U. P. ul. Fredry Nr. 7.

Po przeczytaniu protokółu doc. *Laskiewicz* załącza pokaz przypadku *stenosis oesophagei multilocularis cicatricans post combustionem* ługiem u dziewczyny 16-letniej w okresie leczenia dilatacyjnego gałką przełykową (metalową) umieszczonej na nitce ciągłej t. j. nitce przeprowadzonej od strony jamy ustnej i dolnej jej części wyprowadzonej przez przetokę żołądkową. Powyższą przetokę żołądkową założono przed 10 laty, bezpośrednio po oparzeniu w celu odżywiania chorej. Obecny sposób rozszerzania gałką nr. 2 gałek metalowych Trousseaua doprowadziło do obniżenia się dilatatora na poziom 4 żebra. Powyższe zwężenie zademonstrował prelegent w oesophagoskopie Chevaliez-Jacksona podnosząc równocześnie jego zalety w celach badawczych przełyku.

Załącza pokaz nowo nabytego dla kliniki chwytnika według Eickena do chwytania agrafek uwięzniętych w przełyku.

Następuje pokaz wyciętej ze zwłok kości skroniowej-potylicznej Abscessus Citelliego z przebiciem do zatoki esowatej. Stosownie do tego przypadku omówienie patogenezy obrazu klinicznego oraz postępowania leczniczego w powyższych ropniach.

Kol. *Grabowski* przedstawia chorego lat 23, u którego z powodu zropienia, perlaka ucha środkowego i to części epitympanalnej i antralnej z niedużą perforacją w membr. Shrapnelli bez współudziału kosteczek w ropieniu wykonał operację radykalną zachowawczą. Ucho środkowe znajduje się w stanie zupełnego wyleczenia z zarośniętą zupełnie błoną bębenkową, ruchomą przy aspiracji zapomocą Sieglego. Podkreślić należy zachowanie bystrości słuchowej, wynoszącej przed i po operacji około 6 m. dla szeptu wysokiego.

Protokół z 9-go posiedzenia Tow. Oto-Laryngol. Oddział poznańsko-pomorsk.

odbytego w dniu 22 kwietnia 1929 roku w klinice oto-laryng. U. P. ul. Fredry 7.

1) Doc. *Laskiewicz* przedstawia: przypadek wyleczony *ropnego zapalenia opon mózgowych pochodzenia usznego* u pacjentki lat 16 (operacja radykalna, 8-krotna punkcja lumbalna, dożylne zastrzyki cylotropiny Scheringa w ilości 15, począwszy od 2 cm 3—5 cm^3 dziennie).

2) Przypadek *kiły 3-rzędnej* w gardzieli u pacjentki 18-letniej, przyjętej do kliniki z objawami wybitnej duszności, wzmagającej się (stridor inspiratorius) i niezdolnością połykową pakarmów stałych, bodaj płynów. Badanie laryngologiczne wykazało zwężenie znacznego stopnia dolnej części gardła tuż ponad wejściem krtaniowem, obejmujące kładki gardłowo-językowe, podniebienno-

gardłowe, gardłowo-nagłośniowe, nagłośniowo-językowe boczne, zwężające tę część gardzieli do otworu zaledwie fasoli o brzegach bliznowatych twardych, z równoczesnym ubytkiem przeszło połowy nagłośni. Lues negatur, Wassermann początkowo ujemny, po prowokacji wybitnie dodatni. Obok równoczesnej kuracji przeciwkiłowej zastosowanie leczenia miejscowego zwężenia; celem możności przeprowadzenia elektro-koagulacji, w obawie przed mogącą wystąpić nagle dusznością wykonanie tracheotomia superior; już po 2 elektrokoagulacjach nastąpiło rozszerzenie otworu do tego stopnia, że była możliwa dekaniulacja, poczem rozszerzenie analogiczne blizny, obejmującej podniebienie miękkie do rozmiarów orzecha laskowego. Następują *pokazy 2 ciał obcych*, wydobytych z przełyku.

3) *Protezy zębowej* u mężczyzny lat 36, którą po uprzedniem oswobodzeniu w oesophagoskopie haków wbitych w ścianę przełyku wydobyto ruchem rotacyjnym.

4) Pokaz agrafki wyjętej z górnej części przełyku wbitej końcem ostrym w boczną ścianę podgardla zapomocą chwytnika Eickena u dziecka 3-mies. Referent podnosi zaletę przyrządu Eickena umożliwiającego łatwe zachwycenie agrafek otwartych i wkłutych w ścianę przewodu pokarmowego, jak to miało miejsce w przytoczonym przypadku.

5) Załącza się pokaz nowonabytego przez klinikę synchronoelektryzatora Erbsteina aparatu konkurencyjnego do aparatu Flataua, służącego do leczenia zaburzeń fonacyjnych. Przyrząd ten umożliwia kontrolę słuchową podawanego głosu przez to, że przenosi drgania żądanej wysokości tonu na płytę chrząstki tarczykowej przy pomocy specjalnej peloty elektrycznej.

Następuje referat kol. *Glabisza*:

„O wskazaniu do otwarcia wyrostka sutkowego w przebiegu ostrego mastoiditis" (referat ukaże się w następnym numerze Nowin Lekarskich).

W dyskusji zabierali głos kol. kol.: *Dembiński, Gałdyński, Grabowski, Laskiewicz*, *Glabisz*.

Doc. *Laskiewicz* podnosi jako ważne momenty rozpoznawcze:

1) badanie bakterjologiczne,

2) „ hematologiczne,

3) objawy miejscowe.

Prelegent przypomina doniosłość objawu Scheibego, jako wyrazu wczesnego powikłania zapalenia ucha środkowego zajęciem sąsiednich jam bocznych ucha środkowego. Zresztą na podstawie własnych licznych spostrzeżeń docenia znaczenie intuicji własnej operatora w postawieniu wskazania do otwarcia wczesnego lub późnego wyrostka sutkowego.

Kol. *Dembiński* zaleca postępowanie raczej wyczekujące i przestrzega przed przedwczesnem otwarciem wyrostka sutkowego; z metod pomocniczych rozpoznawczych przytacza prześwietlenie kości lampą Vohsena, którą to metodą zmodyfikował o tyle, że nie wprowadza lampy parzącej do przewodu słuchowego, lecz poza małżowinę uszną, kontrolując w ten sposób przepuszczalność kości dla światła od strony przewodu słuchowego. Przy omawianiu wartości poszczególnych metod rozpoznawczych zapalenia wyrostka sutkowego referent stawia na ostatni plan prześwietlania resp. zdjęcia pr. Rentgena i to z dwojakich względów. By móc uznać stopień przepuszczalności kości chorej dla promieni świetlnych, należałoby się przekonać o jej przeświecaniu już w czasie przedchorobowym, to

znaczy w stanie zdrowym biorąc pod uwagę możliwość nierównej pneumatyzacji obu wyrostków sutkowych, z tych też względów zachodzi konieczność wykonania częstszych aniżeli jednorazowo zdjęć pr. Rentgena, co ze względów praktycznych okazałoby się niemożliwem (praktyka kasowa).

Protokół z 10-go posiedzenia T-wa Oto-Laryngol. Oddział poznańsko-pomorsk.

z dnia 16.X. 1929 roku odbytego w Klinice Oto-Laryngol. U. P. ul. Fredry 7.

1) Doc. *Laskiewicz* przedstawia chorą lat 39 w stanie *zupełnego wyleczenia po ostrem ropnem zapaleniu ucha środk. i wyrostka sutkowego prawego*, które wystąpiło u pacjentki w IX miesiącu ciąży i to *powikłane dużym ropniem opadowym szyi*, pojawiającym się dopiero w miesiąc po porodzie. Wykonano początkowo zwykłą antrotomję z odsłonięciem częściowem ścian kostnych zatoki esowatej patologicznie zmienionych, przyczem odsłonięto zatokę esowatą daleko ku tyłowi aż do prawidłowego wyglądu ściany. Rana wypełniona obficie ziarniną, którą usunięto, dokonywując jednocześnie dokladnej rewizji jej wnętrza, przyczem zauważono, że z przetoki odpowiadającej szczytowi wyrostka wydziela się wydzielina ropna przy ucisku na górną część mięśnia, mostkowo-sutkowo-obojczykowego; w tym też kierunku wprowadzono kleszcze wygięte, zrobiono kontrincyzję na szyji wzdłuż przedniego brzegu mięśnia m. s. ob. i założono głęboki dren. Mimo usunięcia szczytu wyrostka przy pierwszej operacji ropień utrzymywał się jeszcze czas dłuższy w miejscu, odpowiadającem przejściu w kierunku potylicznym. To też przy ponownym zabiegu w uśpieniu eterowem, musiano założyć dren na zewnątrz mięśnia m. s. ob. w górnej jego części. Od tej chwili wydzielina znacznie się zmiejszyła a przez zastosowanie równoczesne naświetlań lampą kwarcową ropienie ustało całkowicie; dren usunięto i zastąpiono zwyczajną gazą jodoformową.

2) Pokaz chorego lat 28 w stanie prawie zupełnego wyleczenia po przebytej *trombophlebitis sinus sigmoidei dextri* na skutek zropienia *perlaka* wypełniającego antrum i idącego w kierunku opony twardej i zatoki esowatej; odsłonięcie zatoki ku górze i wdół aż do miejsca wyraźnego tętnienia, nacięcie zatoki z której wydobyto skrzep, podwiązanie żyły jarzmowej wewnętrznej. Po wykonaniu operacji doszczętnej zrobiono plastykę sposobem Brühl-Passowa. Pacjenta operowano wśród ciężkich objawów posocznicowych (tętno 120 przerywane, słabo napięte, temp. 39,5^{0}C). Po kilku kroplach narkozy, chory przestał oddychać; zastosowano sztuczne oddychanie oraz analeptica dożylnie, które umożliwiły ukończenie operacji doszczętnej. W przebiegu gojenia się rany potrepanacyjnej powikłanie dalsze w postaci przerzutu, a mianowicie r o p n i a p o w i e k i d o l n e j, powstałego na tle trombozy wstecznej żyły twarzowej, po otwarciu którego zdrowienie pacj. przebiega już prawidłowo.

3) Pokaz preparatu anatomo-patologicznego ropnia lewej półkuli móżdżkowej wielkości śliwki z rozległem dookoła ogniskiem encephalomalatycznem. Operacja doszczętna wykonana u pacj. lat 19 wykazała obecność perlaka wielkości dużego orzecha laskowego, wypełniającego antrum, komórki wyrostka sutkowego, dochodzącego częściowo pod oponę twardą (zmiany ziarninowate na oponie twardej). Podczas otwarcia i rewizji ropnia od strony trójkąta Trautmanna ropień przebił się nagle do komory 4-ej, przyczem wypłynęło około 1/2 szklanki

płynu mózgowo-rdzeniowego; wobec czego wystąpił zapad. Wykonano natychmiast tamponadę ropnia i jego przetoki dokomorowej a zastosowane analeptica dożylnie i domięśniowo umożliwiły ukończenie zabiegu. Po 5-ciu dniach tampon wyjęto i zastąpiono drenem szklanym. Zdjęcie roeng. tegoż ropnia wypełnionego lipjodolem załącza się. Chory żył jeszcze 5 tyg. po operacji.

4) Pokaz usuniętej operacyjnie exostozy przewodu słuchowego i jej fotografji wykonanej w stereokamerze Hegener Zeissa wyrostka wielkości dużego grochu wychodziła z tylnej ściany kostnej przewodu zewnętrznego. W dyskusji zabierali głos kol.: *Małuj, Dembiński, Laskiewicz.* Pod koniec posiedzenia doc. *Laskiewicz* referuje o Zjeździe Oto - Laryngologów polskich odbytym w Wilnie w końcu września b. r.

Protokół z 11-go posiedzenia T-wa Oto-Laryng., sekcja poznańsko-pomorska,

odbytego dn. 17.XII.29 r.

D-r *Grabowski* przedstawia pacjentkę 9-cio letnią Stanisławę M., operowaną w szpitalu św. Józefa z *powodu ostrego ropnego zapalenia ucha środkowego lewego, połączonego z ropniem zewnątrz-oponowym, zakrzepem w zatoce poprzecznej i objawami ropowicy,* które ustąpiły po podwiązaniu żyły jarzmowej wewnętrznej. Chora oddana do szpitala dn. 20.X.29 r. Rozpoznanie: Ostre ropne zapalenie ucha środkowego lewego z zapaleniem wyrostka sutkowego Ciepłota 39,8^0, chora senna niezupełnie przytomna, tętno znacznie przyśpieszone. Dnia 20.X.29 r. trepanacja wyrostka sutkowego wykazała duży ropień zewnątrz-oponowy, ściana zatoki poprzecznej pokryta ziarniną. Po operacji stan chorej nie polepszył się, ciepłota wysoka 40^{0}C, chora senna, tętno słabe bardzo przyspieszone. Dnia 22.X próbne nakłucie zatoki poprzecznej wykazuje zakrzep zatoki, to też otwarto tę zatokę.

Wykonane następnie przez dr. Pomorskiego podwiązanie żyły jarzmowej wewnętrznej (v. iugularis communis) wykazało zakrzep żyły jarzmowej wewnętrznej, 3 dnia po podwiązaniu stan chorej się poprawił, ciepłota opadła z 40^0 na 38^0, senność ustąpiła.

W dalszym przebiegu ropowicy wystąpiły ropnie przerzutowe w prawym i lewym stawie łokciowym, oraz głęboki ropień w mięśniu pośladkowym lewym, które nacięto przez dr. Pomorskiego zabiegiem operacyjnym. Obecnie po przeszło dwumiesięcznej chorobie pacjentka czuje się dobrze. Rana za uchem zagojona brak wydzieliny z ucha, rana powierzchowna, pozostała po otwarciu ropnia lewego stawu łokciowego, na drodze do wygojenia.

W dyskusji zabierali głos kol. kol. *Pomorski, Laskiewicz, Grabowski.*

Kol. *Wróblewski przedstawia przypadek ropnego zapalenia jam bocznych nosa powikłanego ropniem podokostnowym.*

Pacjent B. Ł. l. 26 przed tygodniem zachorował wśród gorączki i wycieku ropnego z nosa, utrudnionego oddychania, od 4 dni zauważa się w okolicy grzbietu nosa po stronie lewej guz wielkości 3 $\times$ 4 cm na przestrzeni od skrzydełka nosowego aż poprzez kąt wewnętrzny oka, guz zaczerwieniony, bolesny chełboczący.

Przy wziernikowaniu przedniem nosa stwierdza się obrzęk i zaczerwienienie doln. lew. muszli wypełniającej prawie całkowicie przewód dolny i wspólny

w przewodach gęsta wydzielina ropna, która za uciskiem na guz napływa w ilości łyżeczki. Diaphanoskopja wykazuje brak półksiężyca lewego i zaciemnienie całkowite lew. policzka. Zdjęcie prom. Rentg. wykazuje zaciemnienie odpowiadające jamie szczękowej, komórkom sitowym lewym. Przepłukanie jamy szczękowej wykazało obfitą cuchnącą ropę, następowo otwarto zatokę szczękową metodą Claoué-Réthi. Po kilkakrotnem przepłukaniu i wypróżnieniu się ropy z guza do przewodów nosowych guz zanika. W opisanym przypadku ropienie jamy szczękowej powikłało się ropniem podokostnowym na wyrostku czołowym szczęki górnej. Według *Hajeka* ropnie podokostnowe przy ostrych zapaleniach jam szczękowych występują w okolicy fossa canina, rzadziej na podniebieniu twardem lub na wyrostku czołowym szczęki górnej. Powstanie ich warunkuje utrudniony odpływ ropy z zatoki i jadowitość zarazka, zakrzepy zakażone żył kostnych. Przy sprawach przewlekłych zatoki szczękowej nie spostrzega się ich, stwierdzono przejściowe obrzęki okolic wargi górnej lub dolnych powiek. Częstsze ropnie podokostnowe i przetoki wikłające rop. jam sitowych umiejscawiają się w okolicy kąta wewnętrznego oka u nasady nosa.

Doc. *Laskiewicz* przedstawia pacjenta lat 19 z *fibroma iuvenile wychodzącym z podstawy czaszki*, i rozrastającym się w kierunku jamy nosogardzielowej. W przypadku tym usunięto część guza w lewej połowie nosa zapomocą elektrokoagulacji (20 posiedzeń). Kiedy po ostatniej elektrokoagulacji wystąpił silny krwotok, nie ustępujący na tamponadę, wykonano podwiązanie arteria carotis externa sin. Od czasu tego krwotoku z nosa ustały zupełnie, prócz tego dało się zauważyć zmniejszenie się guza w jamie nosogardłowej. Następne leczenie polegało na stosowaniu naświetlań promieniami Rentgena i zastrzyków podskórnych arsenu. Chory po 3 naświetlaniach prom. X oddycha swobodnie nosem.

Drugi przypadek dotyczy pacj. lat 16 z rozpoznaniem — *ropne zapalenie Highmora na tle ciała obcego*, a mianowicie odłamka miedzianego lufy małego pistoletu, który na skutek eksplozji przebił przednią ścianę Highmora wraz z powłokami miękkiemi i uwiązł nierównymi brzegami w jamie górno-szczękowej. Załączone zdjęcie Roentgena wykazuje wyraźnie jego zarysy. Wykonano operację metodą Caldwell-Luc w znieczuleniu miejscowem. Po wydłótowaniu przedniej ściany widoczny odłamek wielkości $3^1/_2 \times 4$ cm, tkwiący nierównymi brzegami w recessus alveolaris i zygomaticus, wydobycie, którego możliwe dopiero po silnem podważeniu zapomocą kleszczy kostnych; częściowe zaszycie rany jedwabiem, przeprowadzenie tamponu od strony dolnego przewodu z następowem płókaniem jamy pooperacyjnej co 2 dzień. Pacj. znajduje się na drodze do wygojenia.

Doc. *Laskiewicz* przedstawia pacj. lat 20, u którego wykonał *operację radykalną ucha z powodu zapalenia przewlekłego ucha środkowego z przejściem sprawy zapalnej na błędnik* (przetoka łuku poziomego półkolistego. Pacj. zgłosił się do kliniki z objawami silnych zawrotów głowy. Badanie otoskopijne wykazało ubytek całkowity bł. bębenkowej, obfitą ziarniną w jamie bębenkowej i na promontorium. Objaw przetokowy wybitnie dodatni (oczopląs I i II stopnia samoistny). Otwarcie operacyjne wyrostka sutkowego, wykazało obfite masy granulacyjne w antrum i jamie bębenkowej, po usunięciu których widoczna przetoka łuku poziomego. Pacj. obecnie w drodze do wygojenia.

Załącza się *pokaz preparatu fibro-lipoma, usuniętego u kobiety 40-letniej długiego 12 cm, szer. 3 cm, który wychodził z przedniej ściany gardła dol-*

nego na wysokości chrząstki tarczykowej na ruchomej cienkiej szypułce, ukazujący się okresowo, przy jedzeniu w jamie ustnej. Guz ten usunięto po odchyleniu nagłośni zapomocą zgłębnika, założeniu pętli i odcięciu nożyczkami zagiętymi w hypopharyngoskopji.

Doc. *Laskiewicz pokazuje nowonabyte rury ezofagoskopowe do panelektroskopu Brüningsa otwierające się na boki (model według Seifferta)*, które nadają się szczególnie do usuwania ciał obcych uwięźniętych w gardle dolnem oraz przełyku, a następnie nowy *spirometr wedł. Calcia-Schneider* z objaśnieniem jego zastosowania do badań klinicznych.

(—) *Dworczykówna.*

Wiadomości bieżące.

1. Przewodniczący Międzynarodowego Komitetu do badań nad twardzielą nadesłał nam następującą odezwę z prośbą o jej wydrukowanie.

W patologji, a przedewszystkiem w epidemjologji twardzieli istnieje jeszcze wiele kwestyj niewyjaśnionych. Wysiłki poszczególnych badaczy dotychczas nie dały pożądanych wyników.

Pierwszy Międzynarodowy Kongres O. R. L. uznał za konieczne otwarcie w tej sprawie ankiety, wychodząc z założenia, iż w znacznej mierze może się przyczynić do wyjaśnienia tej kwestji połączenie dorobku naukowego różnych państw i doświadczenia różnych badaczy.

Wyłoniony stosownie do życzenia Kongresu Komitet Międzynarodowy dla badań nad twardzielą ukonstytuował się ostatecznie i rozpoczął swe prace. Komitet ten składa się z 14 członków (po 2-ch z krajów, gdzie twardziel panuje endemicznie, po 1 z krajów, gdzie cierpienie to bywa sporadyczne). Nazwiska ich oraz tematy oddane do ich opracowania będą podane do wiadomości później (na Polskę wybrani zostali prof. Szmurło i prof. Zalewski). Koniecznem jest dla powodzenia sprawy, by wszyscy członkowie Komitetu wzięli czynny udział w tej pracy.

Niniejszy list ma na celu wezwanie wszystkich Kolegów do pracy nad kwestją twardzieli; zwłaszcza dotyczy to Przewodniczących Towarzystw O. R. L., Kierowników Klinik i oddziałów O. R. L.

By ustalić wspólność prac w poszczególnych krajach Komitet Międzynarodowy proponuje stworzyć w każdem z państw, gdzie twardziel jest cierpieniem endemicznem, specjalną komisję, któraby miała na celu: 1) zebrać statystykę cierpienia, 2) wykazać jego geografję, 3) zbadać epidemjologję, 4) ustalić środki profilaktyczne, 5) wreszcie określić rolę wojny światowej w rozwoju twardzieli.

Co do państw, w których twardziel występuje sporadycznie, należy, zdaniem Komitetu, rozpocząć tam propagandę walki z twardzielą drogą odczytów możliwie na szerszym terenie. Celowem byłoby zawiązanie w stolicach tych państw specjalnych podkomisyj na czele z kierownikami klinik O. R. L.

Wszystkie prace Komitetu będą wydrukowane, ażeby stanowiły część sprawozdania II Zjazdu Międzynarodowego, poświęconą twardzieli.

Uprasza się o kierowanie pod adresem Komitetu całą korespondencję poświęconą twardzieli. Prof. *S. Belinoff.*

2. Pomiędzy 10-ym a 15 Czerwca odbędzie się w Ciechocinku Zjazd Międzynarodowego Komitetu do badań nad twardzielą. W Zjeździe tym wezmą udział przedstawiciele Austrji, Bułgarji, Czechosłowacji, Francji, Hiszpanji, Jugosławji, Niemiec, Szwajcarji i Włoch. Przedmiotem obrad będzie plan prac, jakie mają być podjęte w sprawie badania i zwalczania twardzieli.

3. Dnia 13 Kwietnia odbyło się posiedzenie Zarządu Polskiego T-wa Otolaryngologicznego z udziałem przedstawicieli sekcyj prowincjonalnych. Prezes T-wa odczytał zaproszenie przewodniczącego Międzynarodowego Komitetu do badań nad twardzielą, prof. S. Belinoffa z Sofji do utworzenia Komitetu Narodo-

wego do badań nad twardzielą. Po wszechstronnych debatach nad propozycją prof. Belinoffa, w których zaznaczono, że sprawa badań nad tą chorobą przez polskich laryngologów (Jurasz, Pieniążek, Żebrowski) oddawna była wysuwana na porządek dzienny, postanowiono Komitet taki utworzyć i do składu jego postanowiono powołać prof. T. Zalewskiego ze Lwowa, prof. J. Szmurłę z Wilna, prof. F. Erbricha z Warszawy, prof. A. Baurowieza z Krakowa, d-ra Czarneckiego, d-ra Lublinera, d-ra Tryjarskiego z Warszawy. Na Przewodniczącego Komitetu wybrano prof. T. Zalewskiego.

4. Kursy dokształcające dla lekarzy w Klinice Oto-laryngologicznej prof. G. Portmanna w Bordeaux (Francja).

Kurs uzupełniający dla laryngologów w języku francuskim od 30 czerwca do 12 lipca 1930 r.

Zasadniczo praktyczny ten kurs składa się z wykładów z dziedziny zagadnień patologji i terapji współczesnej Oto-laryngologji, badania słuchu i aparatu przedsionkowego, seansów operacyjnych i ćwiczeń z dziedziny broncho-oesophagoskopji i znieczulania miejscowego.

Zapisy przyjmuje Sekretarjat Wydziału Lekarskiego w Bordeaux.

Płata 300 franków.

RÉSUMÉ.

Wąsowski. Prothéino et Vaccinothérapie en Oto Rhino-Laryngologie. L'auteur donne relativement peu de place dans son travail aux questions théoriques concernant des principes de la prothéino et vaccinothéraphie, attirant l'attention principalement sur l'application pratique de cette methode en Oto-Rhino Laryngologie. L'auteur, après avoir cité les données de la litterature, présente aussi les observations personnelles appuyées sur les matériaux de la clinique Otolaryngologique à Vilno, concernant, par exemple, l'usage du propidon, de l'omnadine, de l'antivirus Besredka dans les diverses maladies de notre spécialité. L'auteur examine la question du traitement du rhinosclerome par le vaccin, et celle de l'ozène par autohémothérapie, appliquées dans la clinique O. R. L. à Vilno.

Laskiewicz. Contribution à la roentgenographie dans les complications intracraniennes otiques. L'auteur, après avoir cité quelques cas intéressants des complications intracraniennes (abcès extra-dural, abcès du cerveau et du cervelet), au cours de l'ofite moyenne, photographiées par les rayons X, expose les difficultés de déchiffrement des clichés et de la technique roentgenographique elle-même.

Hellin. Les jumeaux et l'Oto-Rhino-Laryngologie. L'auteur attire l'attention sur l'importance des recherches concernant

l'hérédité au point de vue physiologie pathologique. Cette question touche principalement les symptômes pathologiques dans l'O. R. L. observés sur les jumeaux uniovulaires. Nos connaissances à ce sujet à l'heure actuelle, sont très vagues les recherches et entreprises dans cette direction pouvant devenir de puissantes ressources pour la science.

Lewenfisz. L'oesophagoscopie, son importance diagnostique et thérapeutique. (A. suivre).

Rosenfeld. L'évolution clinique des otites moyennes aïgues compliquées en rapport aux agents pathogènes. L'auteur a examiné bactériologiquement 92 cas d'otites moyennes aïgues compliquées des mastoidites. Dans 1 cas il a trouvé le streptocoque muqueux, dans 1 cas — le bacille pyocyanique, dans 7 cas — les pneumocoques, dans 6 cas — des staphylocoques, dans tous les autres cas—des streptocoques hémolytiques. L'évolution clinique des cas, où l'on a trouvé des streptocoques hémolytiques, etait variable, par contre, dans les cas où l'on avait trouvé des staphylocoques—elle était favorable. La majorité des cas, où l'on avait trouvé les pneumocoques ont evolué comme les otites ocasionnées par le streptococcus mucosus (d'après Wirth „otite lente"). Dans un cas otite a bacille pyocyanique l'évolution etait grave à cause d'une thrombophlébite du sinus sigmoïde.

Dylewski. Contribution à l'étude des maladies de la phonation. L'auteur décrit: 1) un cas rare de rhotacisme nasal, 2) un cas de surdimutité apparue après une meningite avec amélioration spontanée de l'ouïe et de la phonation, 3) un cas de phonasthénie traitée comme laryngite tuberculeuse.

Wąsowski. Un cas de cancer de la trachée. Déscription d'un cas de cancer de la trachée prés de la bifurcation.

Dylewski. Resection de la cloison suivie de la rhinite diphtérique. L'auteur donne relation d'un cas typique de rhinite diphterique unilaterale, apparue 5 jours aprés la resection de la cloison. On n'a pas trouvé des bacilles de Loeffler dans le rhinopharynx.

Laskiewicz. Un cas rare d'extraction d'une agrafe de l'oesophage. Déscription d'un cas personnelle.